



"At være på livsstilsændringer er bare meget lettere"

Et antropologisk studie af en gruppe overvægtige mænds erfaringer med at ændre livsstil

Schøler, Maja

Publication date:
2016

Document version
Andet version

Document license:
[CC BY-NC-ND](#)

Citation for published version (APA):
Schøler, M. (2016). "At være på livsstilsændringer er bare meget lettere": Et antropologisk studie af en gruppe overvægtige mænds erfaringer med at ændre livsstil. Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet.

KØBENHAVNS UNIVERSITET
DET HUMANISTISKE FAKULTET



Ph.d.-afhandling

Maja Schøler

"At være på livsstilsændringer er bare meget lettere"

Et antropologisk studie af en gruppe overvægtige mænds erfaringer med at ændre livsstil

Vejleder: Mark Vacher

Indleveret til bedømmelse: Juni 2016

NORDEA
FONDEN

"At være på livsstilsændringer er bare meget lettere".

Et antropologisk studie af en gruppe overvægtige mænds erfaringer med at ændre livsstil

Ph.d. afhandling af Maja Schøler

Center for Sund Aldring og Afdeling for Etnologi,

Saxo-instituttet, Københavns Universitet

Vejleder: Mark Vacher

Indleveret til bedømmelse: Juni 2016

Indholdsfortegnelse

Forord	1
1 Introduktion.....	3
Afhandlingens relevans og motivation	3
Mænd, krop og sundhed: At studere mænd på livsstilsændringer	8
Livsstilskurset og refleksive mænd	11
Subjektivering: Analytisk tilgang til livsstil og livsstilsforandringer	11
Analysestrategi	13
Afhandlingens struktur	15
 Del I – Præsentation af undersøgelsesfelt og forskningsdesign.....	17
 2 Præsentation af et livsstilskursus 'kun for mænd' i Vallensbæk Kommune	18
En beretning fra felten	18
Præsentation af livsstilskurset og deltagerne	19
Mænd som målgruppe for livsstilskurset	22
Konceptet bag livsstilskurset	24
Grundprincipperne i Små skridt konceptet	25
Livsstilskursets organisering og indhold	27
Den individuelle motiverende samtale	27
Gruppesessioner: Viden og praksis, madvaner og processuelle livsstilsændringer	30
Delkonklusion	32
3 Forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark i dag – og hvordan vi er kommet hertil	34
Indledning.....	34
Strukturreformen i 2007.....	36
Princippet om nærdemokrati	37
Samfundsmæssige rationaler: Stigende sundhedsudgifter og borgeren i centrum	40
Målsætninger i den kommunale sundhedsfremme: Middellevetid, risikofaktorer og livsstil	42
Hvordan? De sundhedspolitiske målsætninger i praksis.....	43
Rollefordeling: Sundhed som fælles ansvar	47
Delkonklusion	48
4 Livsstil og livsstilsforandringer: Et historisk overblik og en begrebsafklaring	49
Indledning.....	49

Kulturanalytiske perspektiver på livsstil: Livsstil som kollektive normer og sociale mønstre.....	52
Livsstil som distinktion.....	54
Livsstil som kollektive, ureflekterede og stabile rutiner	55
Livsstil i de sundhedsvidenskabelige traditioner: Individuelle, risikable vaner.....	55
Livsstil i epidemiologien	57
Risiko og risikofaktorer.....	62
Livsstil som 'levede erfaringer'	66
Livsstil som hverdagsforståelse og hverdagspraksis	69
Forandring	69
Delkonklusion	71
5 Feltarbejde på og omkring livsstilskurset.....	72
Metoderne i feltarbejde	73
Deltagerobservation på livsstilskurset	74
Min adgang til og min rolle på livsstilskurset	78
Interview.....	83
Deltagerobservation i deltageres hjem	86
Noter og efterbehandling af materiale	87
Refleksivitet	89
Delkonklusion	90
Del II - Analyse	92
6 Artefaktens betydning: Stiltende rutiner og magiske artefakter	93
Indledning.....	93
Artefaktens funktion på livsstilskurset.....	96
Indkøbsguide	97
Handlingsplan	100
Deltagerens anvendelse af og omgang med artefakterne	101
Bjarne og 'den lille grønne mand'	102
Hans og handleplanen	104
Benny og portionsanretningerne	106
Michael og mellemmåltiderne	108
Delkonklusion	110
7 Kroppens rolle i forandringer af rutiner: Kropslige fristelser og refleksive kropsteknikker.....	111

Indledning.....	111
'Den nærværende krop'	112
Kroppens kalden: Kroppens rolle før livsstilskurset	114
Kroppens kapacitet og funktion	115
Kroppens rolle på livsstilskurset	118
Smagsprøver og mindfulness	118
Kroppens rolle i dagligdagen	125
Numeriske standarder eller sanselige oplevelser.....	129
Vekselvirkningerne mellem objektivering og subjektivering	133
Delkonklusion	134
8 Fællesskabet som teknik: Motivation, erfaring og forandring	136
Indledning.....	136
Tilegnelse af viden og færdigheder gennem fælles praksis	137
Fællesskab og erfaringsudveksling	141
Bordrunden.....	141
To-og-to-samtalen	143
'At være i samme båd' – genkendelse og anerkendelse	146
Den distribuerede, relationelle sundhedsforståelse	148
Livsstilsændringer og balancegang – det sure med det søde	151
Indirekte pres og incitament til fastholdelse.....	153
Delkonklusion	156
9 Konklusion: Livsstil og livsstilsforandringer i et antropologisk perspektiv	158
Livsstil som en reflekteret og kropslig forhandlingsproces	158
Centrale analytiske pointer i afhandlingen	159
Sundhedsfremme og den reflektive, selvstyrende og fremtidsorienterede borger	160
Refleksivitet og kropslighed.....	161
Artefakter og rutiner	162
Objektivering og subjektivering.....	162
Socialitet, motivation og mening.....	163
Sammenfatning af analysernes pointer	164
Perspektivering.....	165
Afrunding.....	167
Litteratur.....	169
Dansk resumé	195

English summary..... 197

Forord

Først og fremmest vil jeg sige tusind tak til deltagerne og underviseren på livsstilskurset. Uden spørgsmål lukkede I mig ind i fællesskabet. I delte jeres tanker og erfaringer med mig; fortalte om den medgang og modgang, som I mødte i forsøget på at ændre jeres rutiner, om jeres bekymringer, håb og drømme. Jeg er jer dybt taknemmelige for den tillid og interesse, I viste mig og mit projekt. Uden jer ville denne afhandling ikke have været mulig.

Tusind tak til Sundhedsafdelingen (nu Center for Sundhed, Fritid og Kultur) i Vallensbæk Kommune. Det har været en kæmpe fornøjelse at blive en del af jeres afdeling og få indsigt i udførelsen af sundhedsfremme i praksis, der i jeres tilfælde sker med en sådan dynamik, begejstring og initiativrigdom, at det til tider tog (og tager) pusten fra mig. I har bakket mig og mit projekt op fra den første gang, jeg kontaktede jer i sommeren 2010, og vi har i årene, der er gået, delt mange grin og knus, erfaringer og refleksioner. Tak for alt.

En særlig tak til min vejleder Mark Vacher. Du hjalp mig på alle måder tilbage på sporet, da jeg havde allermest brug for det. Jeg er dig dybt taknemmelig for din konstruktive og altid positive måde at give feedback på og for den interesse, du viste mig og mit projekt, også selv om du først kom ind sent i forløbet.

Tak også til den desværre nu afdøde Lene Otto, der var min vejleder i første halvdel af mit ph.d. forløb, og til Astrid Pernille Jespersen, der introducerede mig for nye vinkler på og tilgange til mit empiriske materiale.

Tusind tak til Morten for opbakning, input og grundig gennemlæsning af dele af afhandlingen, og for altid at have tid, når jeg ringede og havde brug for hjælp eller en snak omkring afhandlingen.

Tak også til Amy, Ulrik, Mette og Jesper for konstant opmuntring og opbakning, og Jesper også for gennemlæsning af enkelte kapitler, selv om det ofte var med kort varsel.

Martin – du fortjener også en særlig tak. Du indvilligede straks i at læse korrektur, da jeg spurgte dig, og du vendte hurtigt tilbage med grundig og konstruktiv feedback. Det er jeg meget taknemmelig for.

En speciel, hjertevarm tak til Peder. Du har været der ét hundrede procent for mig. Du har støttet op omkring projektet og afhandlingen og givet mig rum til, at jeg kunne færdiggøre den, også selv om det har krævet, at mange af dine (og vores) drømme er blevet sat på standby. Jeg glæder mig til, at vi nu kan indfri dem sammen.

Projektet er en del af Center for Sund Aldring og finansieret af Nordea Fonden.

1 Introduktion

Denne afhandling er en antropologisk undersøgelse af livsstil og livsstilsforandringer blandt en gruppe overvægtige mænd på et kommunalt livsstilskursus i Storkøbenhavn; en undersøgelse, der sætter fokus på deltagerne og deres refleksioner og praksis i den individuelle og fælles kamp med – og mod – deres kropslige rutinerede praksisser. Afhandlingen handler om spændingsfeltet mellem kropsligt indlejrede dispositioner og ønsket om en sundere levemåde, og den udfordrer dels formodningen om, at forandring af rutinerede praksisser er resultatet af en reflektiv praksis, dels antagelsen om, at kropslige rutiner er svære at ændre, fordi de er indlejret i ureflekterede hverdagspraksisser og derfor selvfølgelige. I afhandlingen viser jeg således, hvordan deltagerne på livsstilskurset reflektivt såvel som kropsligt anvender en række forskellige metoder og relationer i deres forsøg på at forene idealet om en sundere livsstil med ønsket om en balanceret levemåde. På den baggrund argumenterer jeg for et perspektiv på livsstilsforandringer som en kulturel, situeret og kreativ praksis, der indvirker på og er influeret af (deltagernes) vurderinger, værdier og handlinger. Den gennemgående pointe er, at livsstilsforandringer konstitueres materielt, kropsligt, socialt og moralsk gennem kreative forhandlinger mellem de muligheder og begrænsninger, som hverdagens rammer og forpligtelser sætter for deltagernes livsstilsforandringsprojekter. Målet er en balanceret levemåde.

Afhandlingens relevans og motivation

'Livsstil' har de seneste 50 år spillet en stadig større rolle som årsags- og forklaringsmarkør i diskurser om sygdom og sundhed. Fx angives 'usund livsstil', i forståelsen usund kost, inaktivitet, rygning og alkohol, ofte som en af de væsentligste årsager til forekomster af folkesygdomme som Diabetes type 2 og hjerte-kar-sygdomme (Kjøller m.fl. 2007; Forebyggelseskommissionen 2009; Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed 2009; Christensen m.fl. 2012), ligesom det er livsstilsforandringer – forandringer i de usunde vaner – der er midlet eller målet i mange private og offentlige sundhedstiltag (COWI og Kommunernes Landsforening 2008; Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed 2009; Navne m.fl. 2012; Friis-Holmberg m.fl. 2013). Med introduktionen af begrebet KRAM (en samlet betegnelse for de fire faktorer: Kost, Rygning, Alkohol og Motion) i forbindelse med en landsdækkende undersøgelse af danskernes helbredstilstand i 2007 og 2008

(Christensen m.fl. 2009) og en kategorisering af 'livsstilssygdomme' som lidelser forårsaget af usund livsførelse (Vallgård 2011), er en general forståelse af, at livsstil primært omfatter kost-, motions-, ryge- og alkoholvaner desuden blevet stadfæstet i dansk sundhedspolitik (ibid., se også Kjølner m.fl. 2007; Christensen m.fl. 2012).

I folkesundhedsarbejdet er 'livsstil' derfor blevet afgørende, for dels igangsættelse og berettigelse af sundhedsinterventioner (Coreil m.fl. 1985; O'Brian 1995; Bech Risør 2002; Cohn 2014), idet det antages, at individuel livsstil influerer på den enkeltes sundhedstilstand, dels definering af målgrupper for de pågældende sundhedsinterventioner (Abel 1991; O'Brian 1995; Bech Risør 2002; Jansen 2010). En borgers (eller befolkningens) sundhedspraksis 'forklares' via livsstilsbegrebet og kobles i sundhedsfremme ofte til begrebet om risiko og risikofaktorer (Coreil m.fl. 1985; Abel 1991; Backett & Davison 1995; Bech Risør 2002; Jansen 2010). Det er den usunde livsstil – for lidt motion, for fed mad, rygning og alkohol – der leder til risikoen for at udvikle livsstilssygdomme (Jansen 2010; Vallgård 2011; Cohn 2014). Og det er selvsamme usunde livsstil, der antages at være en af de væsentligste årsager til, at Danmark har en lavere middellevetid end andre nordiske lande, og til at sundhedsudgifterne er stigende (i Danmark og i andre vestlige lande) (se bl.a. Vallgård 2001, 2003; Kjølner m.fl. 2007; Mathar og Jansen 2010; Thorgaard m.fl. 2010).

I Danmark anses den enkeltes sundhed og livsstil for at være et privat såvel som et velfærdspolitisk anliggende, og efter Strukturreformen i 2007 er det kommunerne, som har det primære ansvar for fremme af danskernes sundhed¹. Det er et ansvar, der indebærer dels udviklingen af forebyggende tiltag, der skal forebygge indlæggelser blandt patienter, dels udviklingen af sundhedsfremmende tiltag, der skal fremme livsstilsændringer hos raske borgere (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004).

Det interessante ved livsstil som fænomen er dog, at det – til trods for anvendelsen i folkesundhedsarbejdet – ikke umiddelbart refererer til en praksis, der er specifikt relateret til sundhed eller nødvendigvis genstand for refleksive handlinger. I de kulturanalytiske traditioner, som jeg med denne afhandling indskrifter mig i, refererer 'livsstil' tværtimod til menneskers vaner,

¹ Kommunerne deler dette ansvar med de fem regioner og almen praksis. Kommunerne har det primære ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme, mens regionerne har det primære ansvar for sundhedsvæsenet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004, s. 5-6).

rutiner og talrige måder at leve livet på, dvs. kropslige praksisser.² Denne forståelse af livsstil kommer også til udtryk i etnografiske studier af folks hverdagspraksis, hvori det fremgår, at 'livsstil' ofte udledes og praktiseres ureflekteret snarere end som en praksis, folk er bevidste omkring (se bl.a. Davison m.fl. 1992; Backett og Davison 1995; Williams 1995; Stebbins 1997; Nettleton og Green 2014; Will og Weiner 2014). Livsstil er således et flertydigt fænomen, der kan relatere til reflekterede såvel som ureflekterede handlinger og til noget foranderligt såvel som noget stabilt, men som samtidig (og måske netop derfor) optager mange forskellige aktører – og fortolkes og praktiseres på forskellige måder og med forskellige intentioner. Et nærliggende og interessant spørgsmål er derfor, hvad 'livsstil' er? Og ikke mindst hvordan det praktiseres?

Denne afhandling tager udgangspunkt i ovennævnte spørgsmål om, hvad livsstil er med specifik fokus på, hvordan spændingsfeltet mellem en reflekteret og en ureflekteret praksis udfolder sig i kropslige forandringsprocesser. Dette undersøger jeg gennem et etnografisk feltarbejde blandt deltagerne på et kommunalt organiseret livsstilskursus i en kommune i Storkøbenhavn. Det er et kursus, hvor 'livsstil' er omdrejningspunktet for deltagernes praksis, og hvor viden og forskellige praktiske metoder til at ændre livsstil i et tæt samspil med deltagernes hverdag er 'midlet' (metoden) i forsøget på at opnå sunde vaner. Livsstilskurset er med andre ord interessant, netop fordi det er rum for udfoldelsen af ovennævnte spændingsfelt.

I mit feltarbejde på livsstilskurset var min undren i første omgang rettet mod den forståelse af livsstil, der er blevet anlagt i epidemiologiske undersøgelser af folks sundhedspraksis og ligger til grund for størstedelen af de kommunale sundhedsinterventioner (jf. bl.a. Aarestrup m.fl. 2007; Thorgaard m.fl. 2010; Friis-Holmberg m.fl. 2013). Her antages livsstil at være individuelle og (ofte)

² Denne forståelse henter jeg fra kulturanalytiske analyser af forskellige sociale gruppers leveforhold og levemåder, dvs. analyser som inden for de etnografiske traditioner ofte er blevet adresseret som 'hverdagslivsstudier' eller 'kulturstudier' frem for som livsstilsstudier. I en artikel om udviklingen af den europæiske etnologi skrevet i 1979 af den danske professor i etnologi Bjarne Stoklund fremgår det eksempelvis, at forskningsobjektet for europæisk etnologi er "de forskellige befolkningskategoriers levevilkår og levevis" (Stoklund 1979, s. 87). Det er et fokus, som Stoklund senere i artiklen definerer som 'livsstil' (ibid. s. 118) og præciserer betydningen af på følgende måde: "Med en gruppe menneskers livsstil mener vi deres fælles adfærdsformer og de ting, de omgiver sig med. Menneskene i det industrialiserede danske samfund er opdelt i mange forskellige grupper, som har hver deres særlige livsstil. At kortlægge disse variationer i livsstil og at finde frem til de bagvedliggende fælles normer og vurderinger må være en etnologisk hovedopgave" (ibid. s. 118). Den danske professor i antropologi Kirsten Hastrup argumenterer for et lignende fokusområde i antropologien i en grundbog om fagets metode fra 2003: "Antropologens vidensprojekt er at redegøre for gensidigheden og dynamikken mellem det enkelte handlende menneske og det komplekse sociale fællesskab [...] udgangspunktet [er] det helt almindelige liv, som det leves og opfattes af folk selv" (Hastrup 2003, s. 9). I de kulturanalytiske traditioner er livsstilsbegrebet derfor blevet fortolket som måder at leve på, dvs. som 'styles of life' (fremfor lifestyle i ental), og 'livsstil' kan i den fortolkning favne en variation af forskellige indgangsvinkler til studier af hverdagspraksis, der adresserer folks rutinerede praksisser i sociale og kulturelle sammenhænge.

risikable vaner, der er potentielt foranderlige og derfor kontrollerbare (jf. bl.a. Kannel m.fl. 1983; Kjølner m.fl. 2007; Juel m.fl. 2007; Van der Broeck og Brestoff 2013), fordi det bl.a. antages, at vanerne står i en kausal relation til viden og intentioner, således at folk kan ændre deres usunde rutiner, hvis de modtager viden om og/eller metoder til at gøre det (Smith 2000; McKinlay og Marceau 2000; Thorgaard m.fl. 2010; Cohn 2014).

Den britiske antropolog Simon Cohn påpeger i en kritisk diskussion af sundhedsinterventioner og sundhedspraksis, at mange interventioner er funderet i psykologiske adfærdsmodeller, der netop bygger på en forståelse af praksis som reflekteret og som et resultat af rationelle valg. Selv om der i studierne og i folkesundhedsarbejdet³ de senere år er blevet åbnet op for, at også ureflekterede rutiner og kontekstuelle sammenhænge indvirker på folks sundhedspraksis, er mange sundhedsinterventioner stadig baseret på antagelsen om en lineær sammenhæng mellem det individuelle reflekterende individ og forandringen af rutiner⁴ (Cohn 2014). Tanken er altså, at hvis folk har den rette viden og de rette metoder, så følger forandring automatisk (Grøn 2004; Jansen 2010).

Som det ofte konkluderes i studier af folks sundhedspraksis, er det ikke tilfældet (jf. bl.a. Bech Risør 2002; Jallinoja m.fl. 2008; Thorgaard m.fl. 2010; Jansen 2010; Cohn 2014). Derfor har denne tilgang til vaner og rutiner bl.a. betydet, at mange af interventionerne ikke har en egentlig virkning på deltagerne og deres sundhed. Det skyldes, at denne forståelse af forandringsprocessen som forholdsvis uproblematisk ikke er forenelig med folks hverdag, der ofte er under forandring, bl.a. fordi sociale og materielle foranstaltninger og uforudsete situationer influerer på praksis (Grøn 2004; Shilling 2008; Cohn 2014).⁵ På baggrund af sit feltarbejde blandt en gruppe patienter på et livsstilscenter og deres forsøg på at ændre livsstil, påpeger den danske antropolog Lone Grøn, at livsstilsforandringer sker på hverdagens præmisser, idet signifikante rutiner, sociale relationer og

³Public health bliver af sundhedsstyrelsen oversat til folkesundhedsarbejde, som defineres som: "Sundhedsrelateret aktivitet, der vedrører forståelse og fremme af folkesundheden samt forebyggelse af sygdom på befolkningsniveau" (Sundhedsstyrelsen 2005a, s. 26). Livsstilskurset er et eksempel på en sundhedsrelateret aktivitet.

⁴Ifølge Cohn antages folks sundhedspraksis at være: "an outcome of an individual who is presented as the obvious focus of both the processes preceding behaviour and the agent of the behaviour itself" (Cohn 2014, s. 3). Denne tilgang medvirker ifølge Cohn til en manglende anerkendelse og forståelse for, at praksis altid er situeret, kontekstuel og relationel, og derfor altid er "contingent on a whole variety of social and material factors" (ibid. s. 4).

⁵Denne tilgang til hverdagen som foranderlig og derfor usikker er også at finde i mange hverdagslivsteorier og studier, hvor hverdagslivet ud over at være en stabil reproducerbar orden også er et rum for konstante forandringer, improvisationer og småkriser (Se bl.a. Bech-Jørgensen 1994a og 1994b; Highmore 2002; Ehn og Löfgren 2010). I filosofien er især den amerikanske filosof og pragmatiker John Dewey repræsentant for en tilgang til hverdagen som usikker og kaotisk og på den baggrund genstand for både vaner og improvisationer (i form af reflekterede rutiner) (jf. bl.a. Dewey 1922, 1925, 1929).

kropslige erfaringer indvirker på og ofte begrænser patienternes muligheder for at fastholde en sundere livsstil og et vægttab efter endt kursusophold (Grøn 2004). Det er en pointe, der bakkes op af andre kulturanalytiske studier af sundhed, livsstil og hverdagspraksis (jf. bl.a. Cohn 2000, 2014; Bech Risør 2002; Townsend m.fl. 2006; Jallinoja m.fl. 2008; Jansen 2010; Bræmer 2011; Will og Weiner 2014)⁶.

I forsøget på at forstå folks (hverdags)praksis i overensstemmelse hermed, anvendes ofte begrebet habitus i de kulturanalytiske traditioner til at adressere folks rutinerede praksisser (jf. bl.a. Mauss [1934] 1979; Bourdieu 1977; Crossley 2013). Habitusbegrebet refererer til en grundlæggende forståelse af menneskelig praksis som et udtryk for kropsligt indlejrede dispositioner, der er grundlagt i socialiseringen (Bourdieu 1977), og som ofte foregår ureflekteret og normbaseret. Habitusbegrebet åbner dermed for en forståelse af folks rutiner og vaner som kropslige dispositioner, der sjældent er let foranderlige, bl.a. fordi de rutinerede praksisser er en indlejret del af de sociale og kulturelle sammenhænge, som folk i deres dagligdag indgår i. I henhold til de kommunale sundhedsinterventioner er det som nævnt ofte disse rutinerede kropslige dispositioner (fx mad-, drikke-, ryge- og motionsrutinerne), som borgerne reflektivt skal forsøge at ændre, så de kan opnå en sundere livsstil (og sundhedsudgifterne dermed kan reduceres).

Undervejs i min undersøgelse blev min undren krydret med dels en nysgerrighed over deltagernes umiddelbare begejstring for livsstilskurset, dels en interesse i at undersøge deltagernes forskellige forsøg på at fastholde et fokus på forandring af de usunde rutiner. Sidstnævnte var interessant, fordi hverdagen for mange af deltagerne indebar en lang række andre forpligtelser, gøremål og relationer, der influerede på den enkeltes forandringsprojekt, men som deltagerne på forskellig vis forsøgte at navigere i. Ved at følge deltagerne på livsstilskurset blev jeg opmærksom på, hvordan deltagerne alene og i fællesskab var kreative⁷ og (ofte) reflekterende i forsøgene på at realisere

⁶ De nævnte studier understreger tilsvarende betydningen af et fokus på folks (sundheds)praksis som situeret, relationel og flertydigt.

⁷ Med kreativ henviser jeg til Deweys forståelse af praksis som en kreativ – i forståelsen pragmatisk – ageren i en foranderlig og usikker hverdag (jf. bl.a. Dewey 1922, 1925, se også Shilling 2008). Efter inspiration fra Dewey (og den amerikanske pragmatisme) beskriver den engelske sociolog Chris Shilling kropslige forandringsprocesser som bestående af stadierne vane, krise og kreativitet. Ifølge Shilling er det i responsen på krisen (nedbrud i rutinerede praksisser) og forsøget på at genetablere den rutineprægede tilstand, at kreativiteten synliggøres. Det er således via kreativiteten, at stabiliteten genetableres. Målet med de kreative handlinger bliver at reparere eller fikse den oplevede ustabilitet mellem egne ønsker og behov samt eksterne krav, så ligevægten genskabes, og hverdagen igen fremstår som genkendelig og stabil (Shilling 2008; Nettleton 2010).

forandringsprocesserne; en indsigt, der bevirkede, at jeg begyndte at undersøge, hvad der bidrager til forandringsprocessen, fremfor hvad der begrænser den.

Mens Grøn primært fokuserer på ambivalenser og dilemmaer i informanternes forandringsprocesser i sine analyser (Grøn 2004), har jeg valgt et andet perspektiv i mit studie af livsstilsforandringer. Med afsæt i en forståelse af hverdagen som grundlæggende usikker og foranderlig (Dewey 1922, 1925, 1929; Grøn 2004) fokuserer jeg hovedsageligt på deltagernes kreative brug af viden og metoder i forandringsprocessen, og med udgangspunkt heri diskuterer jeg både, hvad der medvirker og modvirker til/i forandringsprocessen. Inspireret af den amerikanske antropolog Susan Reynolds Whyte er mit formål med nærværende studie af livsstil og livsstilsforandringer således at beskrive og diskutere "what people in local moral worlds are striving for and the resources with which they try to accomplish their desire" (Whyte 1997, s. 4). Ved at fokusere på kreativitet og forhandlinger i de individuelle og kollektive forandringsprocesser er mit bidrag til livsstilsforskning derfor en konstruktiv og positiv analyse af livsstilsforandringer med fokus på, hvordan en række forskellige metoder og relationer (materielle, kropslige og sociale) pragmatisk og kreativt anvendes i forsøget på at skabe en balance i hverdagen. Med en uddybning og diskussion af, hvilke metoder der potentielt hjælper i forandringen af rutinerede praksisser og i deltagernes forsøg på at skabe sig selv som sunde mænd, tilføjer jeg dermed en ekstra dimension til den eksisterende viden om hverdagslivets betydning for sundhed og kropslige forandringsprocesser.

Mænd, krop og sundhed: At studere mænd på livsstilsændringer

Med afhandlingen ønsker jeg også at bidrage til livsstilsforskningen og folkesundhedsarbejdet med viden om mænd og sundhed. Som det vil fremgå i afhandlingen (og som livsstilskurset er et konkret eksempel på) har mænd i de senere år været udnævnt som en målgruppe i folkesundhedsarbejdet, såvel i Danmark som internationalt (jf. bl.a. Cash og White 2003; Sundhedsstyrelsen 2010; EU 2011; www.sundmand.dk). Det skyldes bl.a. epidemiologiske undersøgelser, der har peget på, at 'mænd'⁸ generelt lever mere usundt end kvinder (Cash og

⁸ Jeg vil i afhandlingen ikke påstå, at mænd som gruppe, herunder deltagerne på livsstilskurset agerer på en bestemt måde, fordi de er mænd. I enhver beskrivelse af en gruppe mænd (eller for den sags skyld en gruppe kvinder) er det vigtigt at huske på, at deltagerne, foruden at de i deres forståelse og praksis er influeret af at være mand i et bestemt felt, også er influeret af fx kultur, miljø, opvækst, uddannelse og profession samt alder, ligesom deres tidligere erfaringer og fremtidige drømme også har betydning

White 2003; Simonsen 2006; Sundhedsstyrelsen 2010; EU 2011), men at de trods dette alligevel føler sig mindre syge og tilsyneladende også går mindre op i sundhed end kvinder (Sundhedsstyrelsen 2010; www.sundmand.dk).⁹

Dette dilemma har betydet, at det har været svært at tiltrække mandlige borgere med de eksisterende sundhedstilbud. Det er bl.a. baggrunden for strategien bag flere (nyere) sundhedstiltag, som er tilrettelagt specielt for mænd, bl.a. Men's Health Week, som er en årlig international event med deltagelse af flere kommuner, apoteker og patientforeninger (www.sundmand.dk); Sundhedsstyrelsens kampagne 'Rigtige mænd går til lægen'¹⁰ og forskningsprojektet 'Mænds "mobile" sundhed'¹¹ (University College Syddanmark 2014). Endvidere er arbejdspladsen i flere tiltag blevet en arena til at skabe opmærksomhed omkring mænds sundhed, idet det antages, at interventioner rettet mod mænd har bedre rækkevidde, hvis de organiseres omkring de fællesskaber, som mænd allerede indgår i (jf. Robertson m.fl. 2008; COWI og Sundhedsstyrelsen 2011; Jansbøl og Rahbek 2013; Pedersen m.fl. 2014).

Som en mulig forklaring på forskellen i mænd og kvinders sundhedspraksis peger studier på, at budskaberne i mange sundhedskampanjer generelt er centreret omkring varetagelse af egen og andres sundhed, og at det er kvaliteter, der, hævdes det af flere forskere, i højere grad forbindes med den traditionelle kvinde- end manderolle (Sabinsky m.fl. 2007; Moore 2010).

Den britiske sociolog Sarah E. H. Moore peger således i et kritisk studie af sundhed og kønsroller på, at sundhedsbudskaber i vestlige lande henvender sig til kvinder og ikke mænd, fordi de indirekte appellerer til en kropsforståelse, som vestlige kvinder i højere grad er i besiddelse af end vestlige mænd, bl.a. på grund af de historiske værdier der er tilknyttet mandens og kvindens krop (Moore 2010, s. 111). Ifølge Moore lægges der i sundhedsbudskaberne vægt på den forebyggende

for den enkelte mands identitet og selvforståelse (Simonsen 2006). Når jeg bruger termen mænd, er det derfor ikke min hensigt at påpege, at alle mænd er homogene og agerer ens. Derimod skal det læses som 'mænd' – en socialt konstrueret gruppe.

⁹ Det skal her nævnes, at mange kvinder kommer i kontakt med almen praksis grundet bl.a. behovet for prævention eller ved graviditeter, og at det kan være en af årsagerne til, at kvinder oftere går til læge end mænd. I studier af selvrapporteret sundhed ses det desuden, at andelen af mænd, der angiver, at de har det godt, og kan gøre, hvad de vil, er større end andelen af kvinder (Kruse og Helweg-Larsen 2004; Simonsen 2006; Christensen m.fl. 2011; Pedersen m.fl. 2014). Noget tyder således på, at flere mænd end kvinder generelt mener, de trives fysisk og psykisk i hverdagen, selvom sundheds- og sygdomsprognoserne indikerer det modsatte. I et forebyggende og sundhedsfremmende perspektiv er dette et dilemma, når målet er at øge middellevetiden og sænke antallet af borgere med kroniske sygdomme.

¹⁰ Kampagne rettet imod mænd om kræft og forebyggelse, igangsat foråret 2013 (www.sundhedsstyrelsen.dk).

¹¹ Formålet med forskningsprojektet er at bidrage med viden om, hvordan mobile sundhedsapplikationer påvirker det fysiske aktivitetsniveau hos erhvervsaktive mænd med kort eller ingen uddannelse samt hyppigheden af, hvor ofte de tænker og gør noget for egen sundhed. Undersøgelsen bygger på et kvasi-studie med en interventions- og kontrolgruppe (www.ucsyd.dk/videncentre/videncenter-for-sundhedsfremme/velfaerdesteknologi-og-rehabilitering/forskningsprojekter).

praksis som et mål i sig selv; den bevarer og plejer kroppen, og i den tilgang ses en sundere krop som et mål i sig selv (ibid. s. 110-111). Den kvindelige krop er historisk blevet set som et (seksual)objekt, mens mandens krop anerkendes som et instrument til opnåelse af noget andet, fx forsørgelse, og derfor som et middel. Hvor kvinder, ifølge Moore, således har været vant til at skulle pleje deres krop og gøre den til et præsentabelt objekt, har mænd ikke været tvunget til at have fokus på kroppen, så længe den fungerede, hvilket kan have medvirket til en generel øget kropsbevidsthed blandt kvinder i forhold til mænd og et syn på kroppen som et objekt, den enkelte skal arbejde med og kontrollere (Moore 2010, s. 110). Også andre forskere peger på, at mænd har en anden tilgang til sundhed end kvinder, og at mænds forhold til deres krop ikke tidligere har været et emne i samfundet eller blandt mændene selv i samme grad som hos kvinder (Se bl.a. Grogan og Richards 2002; Simonsen 2006; Grogan 2008).¹² (Indholdet i dette afsnit har tidligere været publiceret i Schøler og Otto 2011).

Erfaringer fra de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag, der er specielt målrettet mænd, viser endvidere, at i forhold til etableringen af sociale fællesskaber har et element af konkurrence samt opbakning fra familie en afgørende betydning for, hvorvidt det lykkes at fastholde mænd i de sundhedsfremmende og forebyggende tiltag (Se bl.a. Sabinsky m.fl. 2007; Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed 2009; COWI og Sundhedsstyrelsen 2011). Desuden viser erfaringer, at tiltagene skal adressere fysiske aktiviteter frem for mad (Se bl.a. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed 2009), og som nævnt være lettilgængelige for mændene i form af at være integreret i de sociale rum, som de i dagligdagen ellers færdes i, fx arbejdsplads eller sportshaller (Cash og White 2003; COWI og Sundhedsstyrelsen 2011; Jansbøl og Rahbek 2013). På trods af disse erfaringer konkluderer undersøgelser af virkningen af de forebyggende og sundhedsfremmende tiltag rettet mod mænd dog ofte, at der mangler viden om, hvad der synes

¹² I studier af mænd og sundhed kobles det manglende fokus på sundhed ofte sammen med maskulinitet (jf. bl.a. Courtenay 2000; Gough og Connor 2006; Simonsen 2006; Grogan 2008; Franck 2012). Desuden peger flere analyser på, at kropsforståelse og sundhedspraksis er aldersbetinget, og at yngre mænd generelt synes mere fokuseret på deres udseende i relation til sundhedspraksis end ældre mænd. Det kan ifølge studierne skyldes, at der i samfundet generelt er et stigende fokus på sundhed og krop også blandt mænd, og at det også for mænd er blevet et moralsk anliggende at gå op i egen sundhed. Tendensen til at mænd ikke forholder sig til sundhed og krop synes derfor også at ændre sig (Halliway & Ditmar 2003; Sabinsky m.fl. 2007) Ligeledes er der noget, der tyder på, at ældre mænds sundhedsbevidsthed forandrer sig, når de stifter familie og bliver ældre; de bliver mere opmærksomme på at bevare og pleje kroppen for sundhedens og livsforløbets skyld end for udseendets skyld, og ønsket om fravær af sygdom bliver mere udbredt (Meillier 1994; Halliway & Ditmar 2003; Simonsen 2006). Jeg vil i afhandlingen som nævnt ikke diskutere deltagernes praktiseringer af livsstilsforandringer ud fra en kønsdimension med reference til bl.a. maskuline (versus feminine) værdier, idet jeg ikke har data, der peger i den retning. Snarere vil jeg mene, at en eventuel forskel i sundhedspraksis internt imellem deltagerne (og evt. i relation til 'kvinder'), skal findes i erfaringer, og hvor man er i sit livsforløb, samt familieopbakning, hvilket jeg løbende vil komme nærmere ind på i afhandlingen.

at have en betydning for mænds interesse i egen sundhed og deres succes med at ændre en usund til en sundere adfærd (se bl.a. Meillier 1994; Robertson m.fl. 2008; COWI og Sundhedsstyrelsen 2011; Jansbøl og Rahbek 2013).

Livsstilekursen og refleksive mænd

Det kommunale livsstilekursus, som analyseres i afhandlingen, er et eksempel på et sundhedsfremmende tiltag rettet mod mænd og deres kost- og motionsvaner, der integrerer nogle af ovennævnte parametre for at tiltrække de mandlige borgere i kommunen og gøre dem interesseret i egen sundhed. Men det er samtidig et eksempel på, hvordan deltagerne på livsstilekursen bidrager og bruger hinanden som gruppe i deres individuelle forsøg på at forandre de kropsligt indlejrede rutiner, og på hvordan de udvider og forhandler sig frem til en forståelse af livsstileændringer, som kan integreres i hverdagen og herigennem får betydning for den enkeltes sundhed. Hvor det i enkelte studier indikeres, at mænd generelt ikke tænker over egen sundhedspraksis (Meillier 1994; Courtenay 2000; Rockwool Fondens Forskningsenhed 2010), ser det empirisk anderledes ud for denne gruppe af mænd, der, som det vil fremgå af afhandlingen, i høj grad reflekterer over dels egen sundhed og krop, dels hvad en sundere livsstil vil betyde for dem på længere sigt. Dermed er afhandlingen også et bidrag til og en nuancering af den eksisterende viden om mænd og deres forhold til krop og sundhed.

Subjektivering: Analytisk tilgang til livsstil og livsstileforandringer

Analytisk betragter jeg forandringsprocessen – deltagerne forsøger på at skabe sig selv som sunde mænd – som et eksempel på en subjektivering, dvs. en tilegnelse af viden om og forståelse af sig selv og omverden (jf. bl.a. Foucault 1982a og 1982b i Rabinow og Rose 2003; Foucault 2004; Rose 2009; Sjørlev 2013).

Den franske filosof og videnskabsteoretiker Michel Foucault betegner subjektivering som en kulturel dannelsesproces, der foregår i et samspil med videnskabelige diskurser og institutionelle praksisser (Foucault 1982a i Rabinow og Rose 2003; Schøler og Otto 2011). Det er et gennemgående tema i Foucaults værker, at de rationaler og logikker, som videnskaben producerer, er med til at forandre og skabe mennesket som subjekt (se bl.a. Foucault 1997; 2002; Schøler og Otto 2011). I den forbindelse er det ikke uvæsentligt, at begrebet 'subjekt' både kan betyde 'menneske', 'person' og 'individ', og 'underlagt', 'underkastet' og 'udsat for'. (Vallgård

2005; Schøler og Otto 2011). I Foucaults optik tilbydes mennesker en række praksisser og (styrings)teknologier til at undersøge og afdække sandheder om sig selv, og de bliver herigennem bundet til en bestemt identitet og selvforståelse (Schøler og Otto 2011). Gennem anvendelsen af forskellige metoder og teknikker til at forstå sig selv, hvor kroppen gøres til genstand for analyse, sker der en form for objektivering og disciplinering (ibid.). Subjektivitet skabes således i magtrelationerne; i diskurser og handlinger (Foucault 1982a i Rabinow og Rose 2003).

I Foucaults forståelse er denne objektiveringsproces både negativ og undertrykkende, fordi den indebærer kontrol, men også positiv, fordi den giver plads til en ny identitet, et nyt subjekt. Herigennem skabes en ny og anderledes selvbevidsthed, og mennesket forandres som subjekt (Foucault 1982a i Rabinow og Rose 2003; Schøler og Otto 2011). Hos Foucault er denne dannelse, formning og forandring af individet – subjektiveringen – altså samtidig en form for underkastelse (Schøler og Otto 2011). Pointen med Foucaults subjektiveringsbegreb er således, at individet på en gang er dels underlagt, dels selvbevidst og selvstyrende, hvilket åbner for en analyse af deltagernes arbejde med rutinerne og kroppen som et udtryk for, at de også selv finder en interesse i dette og her aktivt skaber sig selv som subjekter.

Min vægtning af livsstilsforandringer set fra deltagernes perspektiv og mit fokus på mikro-praksisser i forandringer af livsstile fører dog til en undersøgelse af livsstil som levede erfaringer. Dvs. som kulturelle, situerede og relationelle praksisser, der finder sted i en foranderlig og usikker hverdag præget af håb og drømme og af moralske og kreative forhandlinger (jf. også Jackson 1996; Grøn 2004; Mattingly 2012; Cohn 2014). I en analyse af disse kan Foucault og hans begreb – og historiske studier af – subjektivering ikke stå alene, trods Foucaults centrale indflydelse på (magt)kritiske studier af sundhedsfremme og subjektiveringsprocesser (se bl.a. Lupton 1995; Petersen og Lupton 1996; Rabinow 2006; Rose 1996, 2009; Rose og Novas 2003; Mik-Meyer og Villadsen 2007; Dahlager 2009, 2011). Det skyldes en risiko for, at tvetydighederne og kompleksiteten i deltagernes praktiseringer af livsstilsændringer forsvinder ved et egentydigt fokus på subjektiveringsprocessen som en selvstyrende – og på mange måder derfor lineær – proces og praksis (jf. Whyte 2009).¹³

¹³ Whyte argumenterer i sin artikel *Health Identities and Subjectivity* fra 2009 for, at en anvendelse af Foucault og hans begreber biopolitik og biomagt (dvs. institutionelle diskurser og handlinger, som har til hensigt at øge magten over livet og kroppen; individets såvel som befolkningens jf. Foucault 2002) som teoretisk instrument kan medvirke til en til tider forsimplet indsigt i virkningerne og brugen af magtrelationer, viden og teknikker i folks hverdag. Ifølge Whyte har det biopolitiske perspektiv fokus på

Jeg anvender derfor en række forskellige analytiske begreber i analyserne, udviklet af bl.a. Roy Ellen (1988), Nick Crossley (2004, 2005), Bruno Latour (2004), og Jean Lave og Etienne Wenger (1991). Fælles for dem er en forståelse af menneskelig væren og praksis som situeret, processuel og relationel samt en etnografisk sensitivitet, der giver sig udslag i en opmærksomhed og et forsøg på at begrebsliggøre detaljerne og nuancerne i praksis. Det er således praksis i sin konkrete, situerede udfoldelse, snarere end (blot) historiske magtrelationer og styringsteknologier forbundet med subjektivering, der gøres til genstand for analyse.

I mødet mellem subjektiveringsstudier og en etnografisk sensitivitet diskuterer jeg nuancerne og kompleksiteten i praktiseringer af livsstilsforandringer og i dannelsen af selvet. Herigennem forsøger jeg at gengive et billede af deltagerne som moralske, kreative og meningsskabende i deres forsøg på at ændre rutiner i en foranderlig hverdag. Det er et perspektiv, der bryder med forståelsen af forandringsprocesser som et resultat af simple kausale sammenhænge, men som samtidig muliggør bibeholdelsen af et fokus på en nuanceret udfoldelse af deltagernes egeninteresse i livsstilsforandringerne (og på magtrelationer og styringsteknologier forbundet hermed). Formålet med afhandlingen er på den baggrund at illustrere og diskutere, hvordan livsstilsforandringer gøres kropsligt og reflektivt i samspillet med artefakter, kroppe og sociale relationer for herigennem at indfange kompleksiteten og nuancerne i projekter om livsstilsforandringer. Den gennemgående pointe er, at livsstilsforandringer konstitueres materielt, kropsligt, socialt og moralsk gennem kreative forhandlinger mellem de muligheder og de begrænsninger, som hverdagens rammer og forpligtelser sætter for deltagernes livsstilsforandringsprojekter. Målet er en balanceret levemåde.

Analysestrategi

Min afhandling er bygget op som en processuel, praksisnær udfoldelse af mikro-praksisserne i forandringer af livsstile. Gennem kapitlerne bevæger jeg mig tættere og tættere på deltagerne og

skabelsen af subjektivitet gennem magt og kontrol, uden at det giver plads til, hvorledes biopolitik virker i konkrete tilfælde; i hverdagen og blandt mennesker (Whyte 2009, s. 10). Med andre ord synes biopolitiske analyser ofte ikke at have fokus på mikro-processer i hverdagslivet, men snarere på, hvordan viden om og kontrol af kroppe i forskellige henseender virker for bl.a. samfundet, institutioner eller patienter i institutionaliserede kontekster, og hvordan dette er med til at danne subjekter (i abstrakt forstand). Der skelnes, ifølge Whyte, dermed ikke til de andre sociale relationer, som den enkelte er en del af, eller den aktuelle brug af viden, som kan tage mange former og ikke kun være et spørgsmål om dannelse eller en direkte overtagelse af den eksisterende viden (Whyte 2009).

de forskellige praksisser og processer, som aktiveres i forsøgene på (selv)dannelsen af sunde mænd og er med til at belyse nuancerne i subjektiveringsprocessen.

Analysen starter med en beretning fra felten samt en gennemgang af livsstilskurset og de problemstillinger og emner, som jeg vil adressere gennem afhandlingen. Beretningen og beskrivelsen fungerer som første skridt i min analytiske udfoldelse af de processer og praksisser, som indvirker på, er influeret af og (derfor) med til at konstituere deltagernes subjektiveringer (og det sociale felt).

Deltagernes praktisering af livsstilsforandringerne diskuterer jeg via tre analytiske snit: materialitet, krop og socialitet. De analytiske snit er interrelaterede i hverdagspraktiseringer af livsstilsforandringer, men af hensyn til den analytiske klarhed behandler jeg dem særskilt, hvorfor de betegnes mikro-praksisser. Med præfikset 'mikro' henviser jeg altså ikke til mikro/makro modsætningsforhold (jf. Rud 2010, s. 37) eller til Foucaults analyser af subjektivering og biomagts virke på individ- (og befolknings)niveau (jf. bl.a. Foucault 1982a og 1991 i Rabinow og Rose 2003; Foucault 2002, 2004 se også Otto 2003), men til en analytisk opdeling af en ellers sammenhængende væren. Med betegnelsen 'mikro' ønsker jeg som nævnt også at fremhæve detaljerne og kompleksiteten i den menneskelige praksis (jf. Whyte 2009; Rud 2010).

Hensigten med at diskutere mikro-praksisserne, herunder materialitet, krop og socialitet, er derfor at bidrage med et nuanceret billede af, hvordan livsstilsforandringer praktiseres i hverdagen: Hvordan artefakter og råd hjælper i ændringer af rutiner: Hvordan kropsteknikker medvirker til henholdsvis kontrol af og sansning med kroppen: Og hvordan sociale fællesskaber bidrager til konkretisering af og input til individuelle erfaringer og rutineforandringer. Via de analytiske snit er det mit mål at bidrage med viden om, hvordan deltagerne gennem brugen af en række konkrete redskaber, kroppe og sociale fællesskaber igangsætter ændringer i hverdagsrutiner. Hermed forsøger jeg ikke kun at besvare et spørgsmål om, om et givent sundhedsfremmende tiltag (det aktuelle kommunale livsstilskursus) virker eller ej for deltagerne, men at finde svar på, hvordan og hvorfor livsstilskurset bliver betydningsfuldt, hvilke metoder og strategier, der anvendes i forandringerne af livsstile samt hvordan artefakter og kroppe, sociale relationer og moralsk perspektiver spiller ind i forandringsprocesserne, fordi dette fokus nuancerer og går i dialog med de eksisterende forståelser af livsstil og livsstilsforandringer.

Afhandlingens struktur

Afhandlingen rummer i alt ni kapitler foruden introduktionen, og den er organiseret i to overordnede dele.

Del I består af kapitel to til fem.

I kapitel to introducerer jeg livsstilskurset. Jeg begynder med en beretning fra felten, der samtidig giver læseren et billede af flere af de centrale tematikker og problemstillinger, som jeg vil behandle igennem afhandlingen. Feltberetningen leder mig videre til en diskussion af indholdet i og rationalerne bag livsstilskurset og konceptet om Små skridt, som kurset er baseret på.

I kapitel tre diskuterer jeg den kommunale sundhedsfremme, som livsstilskurset er en del af. Kommunerne har siden strukturreformen i 2007 haft det primære ansvar for sundhedsfremme og forebyggelse, og de er derfor centrale aktører i at skabe sunde borgere. I kapitlet introducerer jeg bevæggrundene for ansvarsoverdragelsen fra stat til kommune, målsætningerne i folkesundhedsarbejdet og princippet om sundhed som et fælles privat og offentligt anliggende. Formålet er at redegøre for de samfundsmæssige sammenhænge og rationaler, som ligger til grund for udviklingen af livsstilskurset.

Kapitel fire er en begrebsafklaring. Kapitlet indeholder en diskussion af livsstilsbegrebet, der er et centralt begreb på livsstilskurset og i den kommunale sundhedsfremme og fokus for denne afhandling. Gennem en historisk gennemgang af kulturanalytiske og sundhedsvidenskabelige livsstilsforståelser introducerer jeg forståelsen og anvendelsen af livsstilsbegrebet i afhandlingen.

I kapitel fem redegør jeg for mit feltarbejde og de indsamlede data, som udgør fundamentet for afhandlingens analyser og diskussioner.

Del II består af kapitlerne seks til otte. I denne del udfolder jeg min analyse af deltageres kamp med og mod deres rutinerede praksisser.

I kapitel seks diskuterer jeg de konkrete artefakter, som deltagerne introduceres for på livsstilskurset, og som de efterfølgende anvender i deres forsøg på at ændre rutiner. Udgangspunktet for analysen er en tilgang, hvor artefakterne ses som betydningsfulde i sig selv. Ved hjælp af begreberne selvteknologi og fetich diskuterer jeg, hvordan artefakterne bliver betydningsfulde i deltageres forandringsprocesser, fordi de både hjælper deltagerne til at blive

opmærksomme på deres usunde rutiner, og fungerer som mediatorer mellem idealet om en sundere levemåde og individuelle erfaringer og råderum.

I kapitel syv diskuterer jeg kroppens rolle i forandringer af livsstil – før, under og efter deltagelsen på livsstilskurset. Jeg er i diskussionen inspireret af begrebet 'den fraværende krop' (Leder 1990), og jeg analyserer, hvordan kroppen, dels er fraværende, dels bevidst gøres nærværende som en teknik på livsstilskurset. Dernæst diskuterer jeg, hvordan kroppen løbende subjektiveres og objektiveres ved livsstilsforandringer, og jeg forholder mig til denne vekselvirkning som væsentlig for forandringen af rutinerede praksisser. Omdrejningspunktet i analyserne er således forholdet mellem objektivering og subjektivering.

I kapitel otte diskuterer jeg socialitetens betydning for livsstilsforandringer med specifik fokus på, hvorledes det fælleskab, som umiddelbart etableres mellem deltagerne på livsstilskurset, også bliver en (selv)teknologi (Foucault 1982b i Rose og Rabinow 2003) i praktiseringen af livsstilsforandringer. Ændringer af livsstil anses ofte for at være et individuelt projekt og ansvar, og selv om der de senere år er kommet fokus på sundhed som et fælles individuelt og socialt ansvar, er det i sidste ende stadig den enkelte, der skal realisere ændringerne. I diskussionen inddrager jeg et perspektiv på livsstilsændringer som et socialt anliggende og på sociale relationers betydning for deltagernes praktiseringer af livsstilsforandringer. Deltagerne på livsstilskurset bliver introduceret for andre mænd 'i samme båd, som dem selv', og det fællesskab, som skabes blandt deltagerne, bliver også en metode i den enkeltes vej mod livsstilsændringer, bl.a. ved hjælp af erfaringsudveksling og imitation. Omdrejningspunktet for analysen er således spændingsfeltet mellem individuel og kollektiv praksis.

Jeg afslutter min afhandling med en opsamling af afhandlingens undersøgelser og pointer i kapitel ni, som udgør afhandlingens konklusion.

Del I – Præsentation af undersøgelsesfelt og forskningsdesign

2 Præsentation af et livsstilskursus 'kun for mænd' i Vallensbæk Kommune

En beretning fra felten

"En gruppe overvægtige mænd står og taler sammen i et lokale på det lokale rådhus. Samtalen handler om mad. En af mændene fortæller, at der er tre pølsevogne på strækningen mellem Kultorvet og Højbro Plads i København, og at det dufter så dejligt, når man går forbi, at man bliver nødt til at få en pølse – også for stemningens skyld. De andre mænd samtykker. En påpeger, at han glæder sig til at komme hjem, fordi han skal have andesteg. Det er jo Mortensaften, og det skal fejres. Bl.a. fortæller han, at han i aften skal have mere end den sædvanlige ene portion aftensmad og samtidig også vil tillade sig at spise skindet på andestegen – det smager så dejligt! En tredje mand siger, at det må han jo også godt, fordi han er "på livsstilsændringer", og det "derfor ikke er forbudt, bare det ikke er hver dag, det sker". En fjerde mand siger sagte, at det er svært, når ens kone ikke forstår det der med livsstilsændringer. "Hun siger hele tiden, "det må du ikke", hvis jeg spiser noget usundt", fortæller han, "men det er jo derfor, jeg er på livsstilsændringer og ikke på slankekur". De andre kigger på ham, og en femte mand siger, "ja min kone agerer også politibetjent engang imellem, men omvendt så frister hun mig også, fx her i morges, hvor hun spurgte, om vi ikke skulle have stegt flæsk med persillesovs til aftensmad, fordi det var så lang tid siden". Den femte mand fortsætter, "og der skulle jeg så have sagt nej, men det gjorde jeg jo ikke, for jeg kan godt lide stegt flæsk og havde ikke lige en madplan med sunde retter, jeg kunne trække frem og sige: 'ja, men i dag skal jeg have fuldkornspasta med grøntsager og frugt med skyr til dessert, men du er velkommen til at spise stegt flæsk'". En sjette mand siger, at det vel også er okay at få stegt flæsk til aftensmad. Det handler jo om at smage på det stegte flæsk og nyde smagen. Så bliver man hurtigere tilfredsstillet og kan derfor også lettere lade være med at spise for meget af det – eller man kan også bare lade panden og gryden med persillesovsen stå i køkkenet, for så gider man ikke hente en portion mere og fristes derfor ikke. En syvende mand henvender sig til mig og siger, "ja det problem kender du jo nok ikke til – bare du kigger på maden, så bliver du

sikkert mæt”. Jeg svarer, at det nu ikke passer, og at jeg faktisk spiser ret meget, og at mine medspisende ofte kommenterer på den mængde, jeg spiser, så jeg kender udmærket til det at spise for meget. En ung kvinde kommer i det samme ind ad døren, og vi tager alle plads rundt om et bord i lokalet. Der er kaffe, te og frugt og små mundrette smagsprøver. Det er knækbrød af den grove slags med osten Philadelphia light. Det ved jeg, fordi jeg har selv smurt dem for en halv time siden sammen med den anden kvinde oppe i sundhedsafdelingen på anden sal. Langs vinduet i lokalet er der opstillet forskellige tomme emballager (skummet-, let- og sødmælkskartoner; kartoner fra smoothies, juice og saftvand i både light og alm. udgave samt rød og hvidvinsflasker). På hver karton og flaske er der påklisteret en seddel. På sedlen står der skrevet, hvor mange kalorier der er i 25 cl af den pågældende drikkevare. Fx har et glas Fun light saftvand (25 cl) 15 KJ/3,75 kcal. Kvinden fortæller, at vi i dag skal lære om mellemmåltider, og at vi efter pausen bl.a. skal have en quiz med spørgsmål, der relaterer til de emner, vi har lært om i de foregående sessioner. Men første punkt på dagsordenen er ’bordrunden’.

Ovenstående eksempel er et komprimeret billede af flere af de emner, refleksioner og problemstillinger, jeg blev introduceret til under mit feltarbejde på livsstilskurset, og som gjorde mig interesseret i at undersøge deltagernes praktiseringer af livsstilsforandringer, og hvorfor og hvordan det pågældende kursus får en betydning for deltagernes forsøg på at ændre deres rutinerede praksisser. Skal vi forstå ovennævnte mænds refleksioner, må vi nemlig først forstå livsstilskurset, der i første omgang er ramme for igangsættelsen af forandringer i rutinerede praksisser blandt deltagerne.

Præsentation af livsstilskurset og deltagerne

Livsstilskurset i Vallensbæk kommune er et gruppebaseret sundhedsfremmende tilbud, der er målrettet overvægtige mænd (BMI¹⁴ over 25), som er bosat i kommunen og ønsker hjælp til ændringer af usunde vaner. Underviseren på holdet er uddannet ernæringskonsulent fra Suhrs

¹⁴ BMI står for Body Mass Index og er en sundhedsvidenskabelig kategori, der er baseret på forholdet mellem vægt og højde, og som anvendes ved beregning af kropsvægt. Kategorien bruges i sundhedsvidenskaben og sundhedspolitik til at fastlægge, om en person er undervægtig (BMI < 18,5), normalvægtig (BMI = 18,5-25), overvægtig (BMI = 25-30) eller svær overvægtig (BMI > 30). Kategorien anses dog for at være problematisk, bl.a. fordi den ikke gør det muligt at skelne mellem kropsfedt og muskelmasse (sundhed.dk).

Seminarium og ansat som sundhedskonsulent i kommunens sundhedsafdeling.¹⁵ Hun har i forbindelse med opstart af kurset taget en uddannelse som vægtstoprådgiver, der på daværende tidspunkt blev udbudt af organisationen Nationalt Udviklingscenter for Overvægt (NUMO)¹⁶ som en del af Sundhedsstyrelsens indsats mod svær overvægt (BMI over 30) blandt voksne i 2009-2011 (www.sundhedsstyrelsen.dk). Ifølge underviseren valgte sundhedsafdelingen i Vallensbæk Kommune dog, at livsstilskurset skulle adressere borgere med moderat (og ikke svær) overvægt, fordi der lokalt var behov for en indsats over for denne gruppe af borgere, hvis man i kommunen skulle bremse udviklingen i andelen af borgere med moderat og svær overvægt, der på daværende tidspunkt var højere end regionsgennemsnittet (Interview med underviser). Målgruppen var således de potentielle svært overvægtige borgere (jf. Crawford 1980).¹⁷

Holdet består af 12 deltagere, der uddannelses-, professions- og aldersmæssigt spænder vidt. Fire af deltagerne er håndværkeruddannede, hvoraf den ene er selvstændig, en anden er ansat i et flexjob og de to sidste er på efterløn. En deltager er politimand. En anden er ingeniør. To arbejder med IT og kommunikation, mens en tredje er ansat i et forsikringsselskab. To af deltagerne er ansat henholdsvis i et tæppefirma og ved en statslig institution, og ham der er ansat i tæppefirmaet går undervejs i forløbet på efterløn. Den sidste deltager har tidligere arbejdet som bankmand (før livsstilskurset), men er nu pensionist. Flere af deltagerne er ved kursets start – eller kommer undervejs – på efterløn eller bliver pensioneret. Et par af deltagerne mister deres jobs undervejs, men den ene af disse får et nyt job.

Ved kursets påbegyndelse er deltagerne aldersmæssigt midt i 30'erne til slutningen af 60'erne. De har alle kone og børn, der enten bor hjemme eller er flyttet hjemmefra, og de har alle forskellige mål med deres deltagelse på livsstilskurset. Den primære årsag til deltagelsen er dog ønsket om et vægttab, men hvor nogle blot ønsker hjælp til at tabe 5-10 kilo, ønsker andre hjælp til et mere drastisk vægttab og en fundamental ændring af livsstil. Det er bl.a. kroppens manglende funktion

¹⁵ I 2016 blev sundhedsafdelingen slået sammen med afdelingen for kultur og fritid, og indgår i skrivende stund i Center for Sundhed, Kultur og Fritid i Vallensbæk Kommune. Jeg har dog valgt at referere til afdelingen som sundhedsafdelingen, da mit feltarbejde er dateret til perioden 2010-2013 og derfor før organisationsændringen.

¹⁶ NUMO er et non-profit partnerskab mellem Gerlev Idrætshøjskole, Adam Holst Aps og Aktiv Aps med sparring fra Adipositasforeningen og Institut for Human Ernæring, KU-Life. Formålet med partnerskabet er at arbejde for at fremme handlekompetencer blandt danskerne i forhold til at forebygge og behandle overvægt. Målgrupperne for partnerskabet er dels sundhedsprofessionelle i kommuner og regioner, dels andre nøglepersoner, der kan motivere til håndtering af overvægt, fx på arbejdspladser og i den frivillige sektor, og dels andre med interesse herfor (http://www.numo.nu/om_os/).

¹⁷ Den amerikanske politiske økonom Robert Crawford introducerer i 1980 termen 'den potentielle syge person' som en betegnelse for de borgere, som endnu ikke er patienter, og som adresseres med det formål at forebygge eventuelle sygdomme og fremme sundheden (Crawford 1980).

samt ønsker om at undgå sygdom og leve længere, så de kan være en del af børns og børnebørns liv, der er bevæggrundene for målet om at leve sundere. Mange af deltagerne har prøvet forskellige metoder til at tabe sig tidligere, men uden det store held, og de har alle selv tilmeldt sig livsstilskurset efter at have set eller være blevet gjort opmærksom på et opslag om tilbuddet i forskellige medier. Deltagelsen på holdet forudsætter ikke en henvisning fra lægen, ligesom deltagelsen på kurset forventes at være frivillig. Deltagerne har altså en interesse i at ændre deres rutinerede praksisser og herigennem forsøge at opnå et vægttab.

Livsstilskursets fokus er vaneændringer og integration af en sundere livsstil ved hjælp af små ændringer af primært kost og motionsvaner i hverdagen. Deltagerne skal igennem kurset få 'fod på livsstilen'; et fodfæste, som bl.a. forsøges etableret gennem viden, øvelser, metoder og erfaringer fra hverdagen samt ved at gøre deltagerne egne valg til omdrejningspunktet for deres individuelle livsstilsforandringer. Den enkelte deltager er med andre ord både årsagen til og løsningen på overvægten. Selv om kurset er holdbaseret, er det derfor primært målrettet den enkelte deltager, dvs. hans rutiner og dagligdag, frem for gruppens rutiner, forudsætninger og styrker. Det skyldes en forventning om, at den individrettede indsats med fokus på egne styrker og begrænsninger vil have en gunstig virkning på den enkeltes vaneændringer. Ifølge underviseren er det primært af økonomiske grunde, at tiltaget er gruppeorienteret, men forventningen (og håbet) er samtidig, at fællesskabet på holdet kan bidrage positivt til den enkeltes livsstilsforandringer, bl.a. i form af en øget ansvarsfølelse over for de andre (med)deltagere (Interview med underviser).

På livsstilskurset skal den enkelte deltagers livsstilsændring ikke kun realiseres gennem formidling af sundhedsfaglig viden og inddragelsen af individuelle vaner og valg men også via en socialdistribuerende sundhedsforståelse og udviklingen af en kollektiv ansvarsfølelse, der gerne skal medvirke til, at deltagerne fastholder deres selvvalgte målsætninger. Hermed trækker livsstilskurset også på elementer fra de gruppebaserede patientuddannelser, der i folkesundhedsarbejdet fungerer som uddannelsesforløb for patienter med bl.a. kroniske smerter eller kronisk sygdomme (jf. bl.a. Sundhedsstyrelsen 2005b, 2006, 2012; Forchhammer 2010; Grøn m.fl. 2012). I disse forløb tager undervisningen – som på livsstilskurset – også udgangspunkt i deltagerne egne erfaringer, samtidig med at deltagerne opfordres til at dele deres erfaringer med

hinanden og herigennem bidrage til løsningen på de ofte fælles problemstillinger (Forchhammer 2010).¹⁸

Det primære mål med livsstilskurset er ifølge underviseren, at deltagerne ”får redskaber og viden til at kunne ændre deres livsstil og få et varigt vægttab”, og at de efter kursets afslutning ”føler, de kan tage vare på deres egen sundhed og arbejde videre med deres vaneændringer” (Interview med underviser). Med en sådan målsætning handler livsstilskurset derfor ikke blot om at hjælpe deltagerne med at tabe sig, men om at skabe mænd-med-en-sund-livsstil, og kurset kan på den baggrund anskues som et kulturelt dannelsesprojekt¹⁹, der generelt sigter mod at give deltagerne kompetencer til i alle henseender at reproducere sig selv som sunde subjekter (Forchhammer 2010). Men hvorfor er det mænd, som er målgruppen for livsstilskurset?

Mænd som målgruppe for livsstilskurset

Det første livsstilskursus i Vallensbæk Kommune blev igangsat i 2009, og kurset havde, da jeg påbegyndte mit feltarbejde på livsstilskurset i efteråret 2010, været afholdt i alt fire gange. De første tre gange blev livsstilskurset kørt som et tilbud rettet mod mandlige og kvindelige overvægtige, mens det fjerde alene var målrettet overvægtige mænd. Det aktuelle kursus – det femte – er også målrettet overvægtige mænd. Det skyldes ifølge underviseren bl.a. de positive erfaringer fra det tidligere afholdte kursus for mænd samt det fokus som Sundhedsstyrelsen de senere år har sat på forbedringer i mænds sundhedstilstand og middellevetid (Sundhedsstyrelsen 2010; COWI og Sundhedsstyrelsen 2011).²⁰

Ifølge flere undersøgelser af mænd og deres sundhedstilstand har mænd generelt en lavere middellevetid end kvinder (se bl.a. Cash og White 2003; Simonsen 2006; Robertson m.fl. 2008; EU 2011; Pedersen m.fl. 2014). I Danmark kunne mænd fx i 2010 gennemsnitligt forvente at leve ca. fire år kortere end kvinder (Sundhedsstyrelsen 2010). En forskel i levetid, der stadig er aktuel i

¹⁸ I modsætning til mange af patientuddannelserne, hvor udvalgte patienter fungerer som undervisere på holdet (jf. bl.a. Forchhammer 2010; Ljungdahl og Møller 2011; Grøn m.fl. 2012), er det dog som nævnt en sundhedskonsulent fra sundhedsafdelingen i kommunen, som fungerer som underviser på holdet.

¹⁹ Med kulturel dannelse refererer jeg som tidligere nævnt til Foucault og hans begreb om subjektivering som en form for kulturel dannelse, der foregår i tæt samspil med videnskabelige diskurser og institutionelle praksisser (Foucault 1982a, 1982b i Rabinow og Rose 2003; Schøler og Otto 2011, jf. også kap. 1).

²⁰ Det sundhedspolitiske fokus på mænd som målgruppe for kommunernes forebyggende praksis blev igangsat af Sundhedsstyrelsen som led i et projekt om tidlige opsporing af kroniske sygdomme og risikofaktorer, der blev lanceret som fokusområde i det danske sundhedsvæsen i 2009 (www.sundhedsstyrelsen.dk).

2016 (www.sundhedsstyrelsen.dk).²¹ Årsagerne til den lavere middellevetid blev på daværende tidspunkt angivet – og angives i skrivende stund stadig til at være, at danske mænd som gruppe oftere dør af de store folke- og livsstilssygdomme end danske kvinder. De spiser mere usundt end kvinder. Og flere mænd end kvinder er overvægtige eller svært overvægtige (Sundhedsstyrelsen 2010; Rockwool Fondens Forskningsenhed 2010; Pedersen m.fl. 2014; www.sundhedsstyrelsen.dk, marts 2016). Underviseren på holdet henviser også til disse undersøgelser af mænd.

I Vallensbæk Kommune satte man fokus på mænd som en primær målgruppe for lokale sundhedstiltag inden Sundhedsstyrelsens opfordring hertil, og livsstilskurset var på daværende tidspunkt et af de første længerevarende kommunale tiltag (15 måneder), som var rettet mod mænd og deres madvaner. Årsagen til sundhedsafdelingens prioritering af mænd som målgruppe for livsstilskurset var, at den lokale sundhedsprofil for 2006²² havde påvist, at andelen af mandlige indbyggere der havde dårlige mad-, motions- og alkoholvaner var større end andelen af kvindelige indbyggere med sådanne dårlige vaner (50 procent mod 29 procent). Der var derfor behov for en indsats på dette område, hvis antallet af overvægtige og syge mænd ikke skulle fortsætte med at stige (Interview med underviser; Glümer m.fl. 2008)²³. På det område adskiller Vallensbæk Kommune sig ikke fra flere andre danske kommuner. På landsplan rapporteres overvægt og usunde madvaner som hyppigere forekommende blandt mænd end blandt kvinder (Glümer m.fl. 2008; Rockwool Fonden 2010; Christensen m.fl. 2011; 2014). Ifølge underviseren havde det imidlertid været svært at få fat i mandlige indbyggere i Vallensbæk Kommune og få dem til at bruge kommunens tilbud (Interview med underviser). At gøre livsstilskurset til et tilbud 'kun for mænd' kan derfor tolkes som sundhedsafdelingens forsøg på at få gruppen af mandlige overvægtige borgere i tale og herigennem forsøge at adressere både 'overvægt' og 'mænd og deres usunde vaner' som lokale indsatsområder.

Men hvordan forløber livsstilskurset i praksis? Hvilket koncept ligger til grund for tilgangen til vaneændring og vægttab på livsstilskurset? Hvilke delelementer er kurset bygget op omkring? Og

²¹ Forskellen i mænd og kvinders middellevetid er i februar 2016 beregnet til 3,9 år (Danmarks Statistik, www.dst.dk, februar 2016).

²² Sundhedsprofilen for 2006-2007 er udarbejdet af Center for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden. I modsætning til de efterfølgende sundhedsprofiler fra Statens Institut for Folkesundhed er den ikke en nationalt dækkende profil. Sundhedsprofilen for 2006-2007 dækker kommunerne i Region Hovedstaden, og undersøgelsen er baseret på registerdata og svar fra spørgeskemaer (sendt til 69.800 borgere i regionen, svarprocent godt 52 procent) (Glümer m.fl. 2008)

²³ I den nationale sundhedsprofil fra 2010, som sundhedsafdelingen brugte som rettesnor i prioriteringen af indsatsområder i den periode, jeg var tilknyttet livsstilskurset, fremkommer samme resultat, idet det fremgår, at overvægt og usunde madvaner er hyppigere hos kommunens mandlige borgere end kommunens kvindelige borgere (Christensen m.fl. 2011).

hvad med rollefordelingen: Hvilken rolle har underviseren og deltagerne i ændringerne af livsstile? Det ser vi på i de næste afsnit.

Konceptet bag livsstilskurset

Livsstilskurset bygger på et koncept kaldet Små skridt, som er udviklet af ernæringseksperter Per Brændgaard i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Konceptet blev lanceret i forbindelse med Sundhedsstyrelsens nationale fokus på overvægt blandt voksne i 2009-2011, som den tidligere nævnte vægtstop-uddannelse også var et resultat af (Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009).²⁴ Små skridt konceptet henvender sig dels til borgere, som gerne vil opnå et vægttab, dels til praktikere og sundhedsfagligt personale, der arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i kommuner, institutioner, private organisationer mv. (Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009; Små skridt kursus 2011).²⁵

Udgangspunktet for konceptet om Små skridt er antagelsen om, at den enkelte person kan opnå et varigt vægttab ved at foretage små, gradvise og selvvalgte individuelle livsstilsændringer i hverdagen over en længere periode, helst for resten af livet (Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009). De udvalgte små skridt skal være effektive, realistiske og lystbetonede (ibid.), dvs. at de skal resultere i sundere vaner, være ønskværdige samt være mulige at tilpasse den enkeltes og eventuel familiens hverdag.

I forbindelse med lanceringen af konceptet fik Sundhedsstyrelsen udarbejdet en brochure, som udleveres til deltagerne på livsstilskurset ved den første undervisningssession og løbende integreres i undervisningen. Brochuren indeholder bl.a. en beskrivelse af konceptet, mål og formål, hvad der anses for at være effektive vaneændringer, hvilke elementer, der indgår i vaneændringer, og hvordan et varigt vægttab kan opnås trin for trin. Ud over principperne bag 'Små skridt' og råd til igangsættelse af et vægttab og en sundere livsstil indeholder brochuren også citater om mad, vægt og motion samt forskellige skemaer, der kan bruges af den enkelte til at

²⁴ Ifølge Sundhedsstyrelsen var (og er) overvægt et stigende problem i Danmark (samt i Europa generelt), der har personlige, sociale og økonomiske konsekvenser, og som derfor bør adresseres i folkesundhedsarbejdet (Sundhedsstyrelsen 2003; 2013). Udviklingen af Små skridt konceptet var bl.a. et forsøg herpå (Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009).

²⁵ I henhold til det nævnte sundhedspolitiske fokus på overvægt, har 'Små skridt' også været anvendt som koncept i Sundhedsstyrelsens satspuljeprojekt "Vægttab og vægtvedligeholdelse blandt svært overvægtige voksne" hvoraf 57 kommunale eller regionale projekter fik tildelt midler (NIRAS og Sundhedsstyrelsen 2011a). Små skridt konceptet var i perioden 2010-2013 således tæt knyttet til den kommunale praksis, og blev som koncept anvendt i flere af de danske kommuner (Se bl.a. NIRAS og Sundhedsstyrelsen 2011b; Billund Kommune 2012; Tårnby Kommune 2013, Middelfart kommune 2014).

planlægge og kontrollere de valgte små skridt. Den er med andre ord et redskab til at styre sig selv hen mod realiseringen af vaneændringer (og et vægttab).

Grundprincipperne i Små skridt konceptet

Ifølge Brændgaard er et væsentligt princip ved Små skridt konceptet, at det ikke er en slankekur, men en processuel udvikling af en sundere livsstil ved hjælp af små ændringer som fx at skifte sodavand ud med light sodavand og senere vand. For at 'lette' vaneændringerne, skal det lille skridt kunne tages uden de store ændringer i hverdagen, men alligevel give en effekt. Fx vil "indtaget af en banan frem for en spandauer til aftenskaften i et år medvirke til et vægttab på 7,4 kilo" (Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009, side 24).

Præciseringen af Små skridt metoden som en livsstilsændring frem for en slankekur skal bl.a. ses i lyset af Brændgaards professionelle erfaringer med vægttabsinterventioner. Brændgaard har tidligere været ansat på en forskningsinstitution under Københavns Universitet som det, han kalder en "indpisker" i forhold til forsøgspersonerne (Interview med Brændgaard). Hans opgave var at motivere forsøgspersonerne til at igangsætte og fastholde de retningslinjer, som interventionen var baseret på, fx at spise en fastlagt diæt eller motionere med en fastlagt intensitet i en afgrænset periode (ofte 3-6 måneder). Ifølge Brændgaard var erfaringerne fra interventionerne ofte, at forsøgspersonerne i starten var dedikerede til forsøget, men at det med tiden var svært for dem at fastholde et eventuelt vægttab eller ændringerne i mad- og motionsvaner.

Som et alternativ til disse vægttabsinterventioner udarbejdede Brændgaard Små skridt metoden, der ifølge Brændgaard er lettere at indarbejde og fastholde i hverdagen. Det skyldes bl.a., at metoden, som nævnt, er baseret på ændringer af vaner og rutiner, der af den enkelte skal opleves som små frem for store. Og at ingen madvarer anses for at være forbudte, dvs. aldrig må konsumeres, blot de indtages i passende mængder og ledsages af en refleksion over, hvad det bidrager til for personen (gavnlig virkning), og hvad han/hun kan vælge, som er bare lidt sundere. Bl.a. fremgår det af Små skridt brochuren, at brugerne af konceptet skal "slette disse ord og lignende ord fra dine tanker og dit sprog: slankekur, diæt, kaloriekontrol, forbudt, fedende, falde i, skal og må ikke, og i stedet anvende ord som: vaner, livsstil, mad og valg" (Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009, s. 13). "Drastiske vaneændringer", forbud og afsavn som deltagerne på

livsstilskurset forbinder med egne eller andres erfaringer med slankekur, er som udgangspunkt derfor ikke en del af Små skridt konceptet, hvilket flere af deltagere angiver som en af årsagerne til, at de i første omgang valgte at tilmelde sig livsstilskurset. (I den publicerede notits om livsstilskursets igangsættelse fremgik det, at livsstilskurset handlede om "at tage små skridt, dvs. [...] et vægttab, der holder, ved at tage nogle små, overkommelige skridt med udgangspunkt i, hvor du er i dit liv lige nu" (Vallensbæk Kommunes Sundhedsafdeling 2010).

Et andet grundprincip i Små skridt metoden er et fokus på den enkeltes hverdag og handlekompetencer i forbindelse med ændringer af vaner. Ifølge konceptet er det "dig, der er eksperten her. Du er den eneste, der ved, om dine skridt er små eller store. Det afhænger bl.a. af, hvad du bedst kan lide, og de praktiske muligheder i din dagligdag (Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009, s. 2). I 'Små skridt' er det således opmærksomheden på hverdagens rammer samt fortløbende små vaneændringer, der muliggør en livsstilsændring.

Et tredje og sidste grundprincip, som ligger i forlængelse af ovenstående principper, er det fokus på refleksion, som forsøges skabt og fastholdt i tilgangen til vægttab. Ifølge Små skridt konceptet skal "den enkelte slå autopiloten fra og opmærksomheden til", bl.a. ved konstant at reflektere over, hvilke valgmuligheder den enkelte har lige nu og her, når muligheden for at indtage mad byder sig. Fx skal brugerne af konceptet gøre op med sig selv, om lysten til is er så stor, at den skal opfyldes, eller om et æble i samme grad kan tilfredsstille den erfarede sult" (Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009, s. 10).

Konceptet om Små skridt lægger således op til et vedvarende fokus på nuet og på refleksion over, hvad brugeren kan vælge lige nu og her, som er bare lidt sundere. Det er refleksionen, som skal få den enkelte til at blive opmærksom på de valg, han eller hun tager, samt det ansvar som den enkelte selv kan tage ved at være bevidst om valget og valgmulighederne. I konceptet er instrumentet til at kunne ændre livsstil således en afstandtagen fra hverdagens rutiner og automatik. Vaner (forstået som ureflekterede praksisser jf. bl.a. Dewey 1922; Bourdieu 1977) synes derfor underforstået at være et problem i Små skridt konceptet, fordi vaner er ensbetydende med ikke at reflektere og konstant tage stilling til nuet og valgene i nuet. I konceptet om Små skridt er det således refleksionen over egne valg, som muliggør en ændring i vaner. Men hvordan kommer konceptet om Små skridt til udtryk på livsstilskurset, og hvilke andre

rationaler ligger til grund for indholdet i kurset og for tilgangen til praktiseringer af livsstilsforandringer blandt deltagerne?

Livsstilskursets organisering og indhold

Livsstilskurset varer 15 måneder og består af individuelle samtaler og gruppebaserede undervisningssessioner, hvor også madlavningsaftener indgår. I de første fire måneder mødes vi hver fjortende dag, herefter er der månedlige opfølgninger.²⁶

Den individuelle motiverende samtale

Opstarten for deltagerne på livsstilskurset er en individuel samtale med underviseren, der varer 40 minutter. Hver deltager har inden samtalen udfyldt et spørgeskema med forskellige spørgsmål, der relaterer til overvægt, erfaringer med vaneændringer og brug af andre metoder. Desuden indgår spørgsmål om sygdom, motivation og opbakning også i spørgeskemaet. Den indledende samtale drejer sig om motivation og valg af hvilke vaneændringer, den enkelte deltager vil arbejde med i forbindelse med deltagelsen i livsstilskurset. De individuelle samtaler, som bliver afholdt 3 gange i forløbet, har til formål at fokusere på den enkelte deltagers specifikke problemstillinger, forløb og vægttab. Ifølge underviseren er hendes rolle i de individuelle samtaler at lytte og opmuntre deltagerne til fortsat at fastholde vaneændringerne og tage nye skridt. Foruden at give plads til problemstillinger, som ikke nødvendigvis ønskes delt blandt de andre deltagere på holdet, skal den individuelle samtale således også fungere som en slags ”motiverende samtale” (Interview med underviser).

Den motiverende samtale²⁷ er en metode, der anvendes af sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen, som arbejder med borgere, der ønsker hjælp til vaneændringer, fx et rygestop eller et vægttab (Nielsen 2000; Dalum m.fl. 2000; Sundhedsstyrelsen 2005a; Vallgård 2005; Rubak m.fl. 2006). Teknikken udspringer af ideen om empowerment, som op igennem 1990’erne er blevet et anvendt princip i sundhedsvæsenet (Se bl.a. Vallgård 2005; Andersen m.fl. 2007;

²⁶ Kurset afsluttes officielt i december 2011, men på baggrund af et fælles ønske blandt deltagerne og underviseren beslutter holdet sig for at mødes til halvårlige opfølgninger for at fastholde kontakten og bibeholde et fokus på at ændre livsstil. Den sidste gang holdet er samlet, er i foråret 2013.

²⁷ En forebyggelsessamtale, ”der udføres efter en systematisk metode, og som afklarer patientens parathed og ressourcer til – samt ambivalens over for – adfærdsændringer. Formålet er en positiv adfærdsændring gennem motivation. Den motiverende samtale kan foregå både i den primære og sekundære sundhedssektor, i den sociale sektor, på arbejdspladser samt i hjemmet. Aktøren er en professionel, som er specielt trænet i denne form for systematisk forebyggelsessamtale. Målgruppen er en patient eller anden borger med risikoadfærd eller andre (modificerbare) risikofaktorer” (Sundhedsstyrelsen 2005, side 36).

Olesen 2010). Sundhedsstyrelsen definerer empowerment, som ”et element i sundhedsfremme, der har til formål at bibringe patienter og andre borgere handleevne samt kontrol og ejerskab over beslutninger, der påvirker deres livsvilkår og sundhed” (Sundhedsstyrelsen 2005a, side 24). Formålet med princippet om empowerment er på den måde at understøtte større autonomi hos borgerne som en tilgang til udviklingen af mere sundhedsfremmende rutiner hos den enkelte (Olesen 2010).

I den motiverende samtale skal borgeren i udgangspunktet være ’motiveret for forandringen’. Forandringen ’motiveret for forandringen’ bygger på en antagelse om, at den enkelte borger er interesseret i at ændre på specifikke vaner eller omvendt at kunne præges til et ønske om forandring igennem specielle samtaleteknikker, der sætter fokus på fordele og ulemper ved en given handling (Rollnick m.fl. 2008). Det er en motivation, der bl.a. kommer til udtryk og fastholdes ved, at den enkelte borger selv formulerer grunde til en given forandring og udpeger en retning for, hvordan forandringen skal realiseres (ibid.). Dvs., at forandringsprojektet er et både selvvalgt og selvstyrende projekt.

Behandleren (fx den sundhedsprofessionelle) indtager en støttende rolle ved at fungere som en facilitator, der gerne må vejlede men ikke komme med råd, idet det er borgeren, der italesættes som ’eksperten på eget liv’ – ikke den sundhedsprofessionelle (Andersen m.fl. 2007; Rollnick m.fl. 2008). Denne rollefordeling hænger sammen med en generel udvikling væk fra en autoritær tilgang i social- og sundhedssektoren, som princippet om empowerment også er en del af, hvor ekspertrollen, som tidligere var delegeret til lægen eller den sundhedsprofessionelle, nu i en højere grad forventes at blive indtaget af patienten eller borgeren. Formålet er at imødekomme patienternes/borgernes egne behov og herigennem åbne op for medbestemmelse og derfor medansvar i håndteringen af eget liv og egen sundhed (Vallgård 2005; Bjerger og Selmer 2007; Olesen 2010; Armstrong 2013). Borgeren/patienten anses dermed for at være et aktivt subjekt fremfor som tidligere et passivt individ, der var underlagt andres ekspertise (Olesen 2010; Armstrong 2013).

På livsstilskurset – både i de individuelle samtaler og i tilgangen til livsstilsforandringerne generelt – er denne ide om at lade deltagerne være eksperter på eget liv helt central. Bl.a. er det den enkelte deltagers egen vurdering af muligheder og begrænsninger i hverdagen, som i første

omgang skal danne udgangspunkt for den pågældende deltagers valg af hvilke ændringer af vaner, der er mulige og realistiske, og det er også den enkelte selv, der skal bestemme, hvordan de ønskede vaneændringer opnås. Ifølge underviseren er hendes rolle at være "tovholder", bl.a. fordi hun (i stil med princippet bag den motiverende samtale samt Små skridt konceptet) ikke er eksperten på deltagerne liv og hverdag. Desuden er det ifølge underviseren "urealistisk i den verden, som folk lever i, at leve efter en standardiseret plan", samtidig med at man bliver "mere ansvarliggjort, når man selv vælger vanerne [der skal ændres]" (Interview med underviser).

Citatet fra underviseren peger på, at graden af selvbestemmelse på livsstilskurset forventes at bidrage til en øget forpligtelse blandt deltagerne til at fastholde og forsøge at efterleve deres valgte vaneændringer. Denne forståelse bygger bl.a. på en forestilling om, at deltagerne ved selv at have indflydelse på udvælgelsen af problemerne og løsningerne også forventes at have et incitament til at efterleve sidstnævnte. Grundlæggende betragtes deltagerne på livsstilskurset derfor som autonome og frit vælgende.

Underviseren udtrykker dog i vores interviews, at hun godt ved, at deltagerne har travlt i hverdagen, og at de på grund af andre forpligtelser og interesser ikke altid formår at fastholde et fokus på en sundere livsstil. Det er bl.a. en af årsagerne til, at der på livsstilskurset er fokus på at lade deltagerne selv vælge vanerne og sætte den enkelte deltager i centrum for egne livsstilsforandringer. At sætte den enkelte deltager i centrum, bl.a. som eksperten på egne vaner, bliver derfor også et instrument til at handle på deltagerne hverdagshandlinger, så de af egen fri vilje vælger og aktivt handler på sig selv (Foucault 1982a i Rabinow og Rose 2003; Dahlager 2009). Rationalet bag dette er en forståelse af borgeren som et etisk og ansvarsfuldt subjekt, der selv er i stand til at tage de (rette) moralske valg (Se bl.a. Foucault 1982a i Rabinow og Rose 2003; Vallgård 2005; Greco 2009), der kan lede deltagerne i den ønskede retning – dog i dette tilfælde, inden for grænserne af, hvad en sundere livsstil i et sundhedsfremmende perspektiv indbefatter.

Den sunde(re) livsstil bliver med andre ord et moralsk imperativ, dvs. en forskrift for, hvordan man bør leve for at være en ansvarsfuld samfundsborger (Lupton 1995).²⁸ Målet på kurset er således at få deltagerne til, gennem deres refleksive arbejde med sig selv som eksperter på egne vaner, at

²⁸ Ifølge den australske sociolog Deborah Lupton er individets og borgernes sundhed blevet et mål i sig selv i mange moderne vestlige samfund (politisk og i medierne), således at udvisningen af en sund levemåde næsten sidestilles med det at være et ansvarligt, moralsk subjekt (Lupton 1995). Lupton argumenterer for, at sundheden og en sund levemåde er blevet en norm (og en nødvendighed), som borgerne skal og forventes at stræbe efter for egen og for samfundets skyld (ibid.).

konstituere sig selv som sunde borgere (Dahlager 2009, 2011). Selvom underviseren under vores interview pointerer, at hun ikke ønsker at indtage en "moraliserende rolle" på livsstilskurset men primært fungerer som "tovholder" i deltagernes selvvalgte vaneændringer, så indbefatter dette fokus på egenkontrol og autonomi i den kommunale sundhedsfremme alligevel en forpligtelse til at udvise ansvar og agere i henhold til, hvad der er moralsk forventeligt (Olesen 2010). Og det er en forpligtelse som et par af deltagerne på livsstilskurset også synes at henvise til i kommentarer om ikke at "skuffe underviseren" eller om gerne at ville "udvise respekt for de gratis sundhedstilbud" ved aktivt at forsøge at ændre de usunde vaner (Noter fra feltobservationer).

Gruppesessioner: Viden og praksis, madvaner og processuelle livstilsændringer

Foruden de individuelle samtaler er en central del af kurset gruppesessioner, der holdes på rådhuset i Vallensbæk. Hver gruppesession er bygget op omkring et udvalgt tema, fx varedeklaration, drikkevarer, mellemmåltider eller fysisk aktivitet, og sessionerne består af undervisning, gruppeøvelser, erfaringsdeling og opsamling samt en bordrunde, hvor hver deltager fortæller, hvordan det går med at integrere den pågældendes vaneændringer i hverdagen og deler tanker omkring forløbet og egen proces. De udvalgte temaer er baseret på underviserens udvælgelse af dels hvilke emner, der i en sundhedsfaglig optik anses for vigtige for at opnå et vægttab, dels hvilke vanejusteringer, der vil give den største sundhedsfremmende effekt med en lille indsats (Interview med underviser). Ifølge underviseren skal undervisningen være med til at understøtte deltagernes egne livstilsændringer, men den skal samtidig også lægge op til en diskussion blandt gruppen om egne metoder og tanker.

Ud over undervisningssessionerne, består gruppesessionerne også af aftener med madlavning. Til madlavningsaftenerne forbereder og smager deltagerne sammen på et antal sunde retter med mange grøntsager, som er blevet udvalgt af underviseren og er nemme og hurtige at tilberede. Ifølge underviseren er formålet med madlavningsaftenerne bl.a. at binde gruppen sammen, fordi de er fælles om en opgave, men også at give deltagerne mulighed for at smage på og udarbejde sunde middagsretter, så de vænnes til og kan fortsætte med at integrere flere grøntsager og sundere produktvarianter, fx fedtfattige kødudskæringer og mejeriprodukter, i madlavningen derhjemme. Deltagerne på holdet bliver særligt begejstrede for madlavningsaftenerne, hvor de selv kokkerer i køkkenet og skal omsætte den viden, de har fået, til praksis, samtidig med at de kan udveksle erfaringer fra madlavningen derhjemme, der også inkluderer kræsne børn, tidspres

pga. arbejde, indkøb og børnenes fritidsinteresser samt balancegangen mellem sund mad og 'god' mad. Mange af deltagerne har tidligere haft svært ved at finde på nye sundere retter, fordi aftensmaden "kører på rutinen", og madlavningsaftenerne giver inspiration til den fremtidige madlavning hjemme (Noter fra feltobservationer).

I undervisningssessionerne indgår de fire KRAM faktorer kost, rygning, alkohol og motion, alle som emner for diskussion. Enten fordi de særskilt tages op (kost, fysisk aktivitet), eller fordi de implicit indgår i flere af diskussionerne omkring deltagernes vaner (alkohol, rygning). Det primære fokus på kurset er dog deltagernes madvaner, fordi madindtaget anses at være den vigtigste faktor, hvis et vægttab skal realiseres. I Små skridt konceptet vurderes kosten frem for motionen til at have det væsentligste potentiale i forhold til et vægttab, fordi kosten antages at influere 80 procent på et vægttab, mens fysisk aktivitet alene influerer 20 procent (Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009). Ifølge underviseren er "ændringer i madvaner der, hvor det virkelig rykker" (Interview med underviser), og emnet mad fylder meget i diskussionerne på kurset, fordi det netop er madindtaget, som deltagerne gentagne gange fortæller, de har svært ved at styre. "Mad smager jo godt" ifølge deltagerne, og specielt bøffer, flødesovs, peanuts, slik og rødvin adresseres som madvarer, der konstant frister (Noter fra feltobservationer). Snakken om mad ændrer dog karakter undervejs i kursets forløb. Hvor deltagerne i starten taler og joker om alle de fantastiske madvarer, de ikke kan spise, fordi de gerne vil ændre vaner, er det i slutningen af kurset den manglende lyst til de usunde ting og erfaringerne med ikke at kunne spise samme mængde af mad som tidligere, der karakteriserer samtalen. Med tiden synes deltagerne således at tilegne sig de sundere vaner eller i hvert fald at være i stand til at kunne give udtryk for en praksis, der stemmer overens med målet om en sundere livsstil. Dvs. at deltagerne – i henhold til målet med de sundhedsfremmende foranstaltninger – med tiden faktisk finder en interesse i at kontrollere egen sundhed og foretage sunde(re) valg.

Selv om målgruppen på livsstilskurset er overvægtige mænd, og selv om målet med kurset også er, at deltagerne opnår et vægttab, er det, som ovennævnte diskussion også viser, ikke vægten men de rutinerede praksisser, som prioriteres på kurset. Kontrol med vejning er derfor ikke en del af gruppesessionerne på livsstilskurset, fordi det ifølge underviseren giver et forkert fokus på vægten frem for vanerne (Interview med underviser). Mantraet på kurset er, at den enkelte deltager ikke kan kontrollere vægten men derimod kan kontrollere vanerne, og det er igennem kontrol med

vanerne, at han vil kunne opnå et vægttab (Interview med underviser; noter fra feltobservationer). Den sunde livsstil skal således konstitueres gennem vanerne, både som middel og som mål. (Det er dog muligt for deltagerne at blive vejet under de individuelle samtaler, og flere af deltagerne vælger at benytte sig af denne mulighed, fordi det alligevel, siger de, giver en følelse af "kontrol" (Noter fra interviews, jf. endvidere kapitel 7)).

I beskrivelsen af kurset fremgår det desuden, at der lægges vægt på små, varige og tilpassede vaneændringer med udgangspunkt i den enkeltes hverdag (Vallensbæk Kommunes Sundhedsafdeling 2010), og under de første par kursusgange fremhæver underviseren flere gange, at metoden til en sundere livsstil ikke er en slankekur med fastlagte krav og metoder til deltagerne. Derimod er tilgangen ifølge underviseren (og i stil med Små skridt konceptet) en processuel vaneændring, der inkluderer en eller flere vaneændringer, som med tiden vil kunne give et vægttab. Et vægttab som hun i henhold til Små skridt konceptet anbefaler til 10-15 procent af den enkelte deltagers samlede vægt, og et vægttab, som skal funderes i deltagernes selvvalgte vaneændringer, men dog løbende skal følges op af nye valg af vaneændringer (Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009; noter fra feltobservationer). På livsstilskurset lægges der dermed op til, at det projekt, som deltagerne igangsætter med deres livsstilsændringer, er et projekt, som tidsligt og rumligt rækker langt ud over deltagelsen på livsstilskurset, og hvis afslutning der i princippet ikke er nogen grænser for: Det er et fortløbende projekt, der med målet om "varige vaneændringer og vægttab" gerne skal fortsættes og fastholdes resten af livet (Interview med underviser). Målet er at skabe den 'sunde mand' og 'den sunde livsstil' som en vedvarende refleksiv praksis.

Delkonklusion

Som det fremgår af min præsentation af livsstilskurset, er vaner og hverdag samt refleksion, frihed og autonomi væsentlige parametre i vejen mod en sundere livsstil. Som gengivet i et af citaterne fra underviseren er forventningen, at de selvvalgte vaneændringer giver deltagerne et større incitament til at fastholde deres fokus på de sunde valg. Og i mit interview med Brændgaard fortæller han tilsvarende, at "processen med Små skridt handler om at vælge, og for at kunne vælge, skal du opleve, at du har et valg. Og for at opdage, at du har et valg, er du nødt til at slå automatpiloten fra" (Interview med Brændgaard). En forudsætning for realiseringerne af

livsstilsændringerne på livsstilskurset er derfor, at deltagerne for det første oplever, at de sunde vaner er et valg, dvs. noget de selv kan vælge eller fravælge. For det andet at de, via denne valgfrihed, selv kan tilrettelægge processen mod en sundere livsstil ud fra egne præferencer og muligheder. Den sunde livsstil skal således være et selvvalgt og dermed et selvstyret projekt på livsstilskurset. En grundlæggende antagelse på livsstilskurset og i Små skridt konceptet er derfor, at mennesker er frit handlende og rationelt tænkende, og at en øget refleksiv praksis vil resultere i de *'rigtige'* valg, dvs. de sunde valg, der får vægten ned og er praktisk mulige at fastholde.

Men hvorfor har livsstilskurset denne målsætning om at skabe sunde mænd? Og hvorfor er danskernes sundhed og livsstil blevet et offentligt anliggende? Hvilke samfundsmæssige rationaler og sammenhænge ligger til grund for udviklingen af livsstilskurset? Og er dette forsøg på at få deltagerne til at styre sig selv enestående for livsstilskurset, eller er det, som jeg vil argumentere for i næste kapitel, nærmere en kulturel tendens?

3 Forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark i dag – og hvordan vi er kommet hertil

”Vores rolle er vel mere coachagtig, for man kan jo ikke pålægge folk at holde op med at ryge, men man kan måske hjælpe dem til at indse, de skal tage at gøre det, og så kan man også hjælpe dem med at gøre det, og måske kan man hjælpe dem med at lade være med at begynde igen” (Interview med sundhedschef i Vallensbæk Kommune).

Indledning

Ovenstående citat sætter en god ramme for min analyse af den kommunale sundhedsfremme og de samfundsmæssige sammenhænge og rationaler, der ligger til grund for udviklingen af livsstilskurset i Vallensbæk Kommune, fordi det fint karakteriserer praktiseringen af forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark i dag. Sundhedsstyrelsens definition på sundhedsfremme er eksempelvis også i tråd med sundhedschefens fortolkning af målsætningen med sundhedsfremme og rollen mellem sundhedsprofessionel og borger. Her betragtes sundhedsfremme som ”sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetence. I sundhedsfremmearbejdet [...] fokuseres på mobilisering af ressourcer, handlekompetencer og mestringsstrategier” (Sundhedsstyrelsen 2005a, s. 50). Dette er egenskaber, som livsstilskurset forsøger at aktivere og fremme ved at fokusere på de selvvalgte, små skridt og gennem undervisning og støtte i deltagernes proces.

Udtalelsen fra sundhedschefen samt Sundhedsstyrelsens definition er desuden sigende for diskussionen i kapitlet, fordi de beskriver formålet og idealet med sundhedsfremme; at hjælpe borgere til at lede sig selv hen i mod en bestemt adfærd, dvs. styre folk til at styre sig selv – en målsætning som livsstilskurset er et konkret eksempel på. Hvilke samfundsmæssige sammenhænge og rationaler, der ligger bag, samt hvordan de kommer til udtryk i den kommunale

sundhedsfremme, og herunder Vallensbæk Kommune, er omdrejningspunktet for min diskussion i dette kapitel.

Jeg er i analysen af livsstilskurset og den kommunale sundhedsfremme inspireret af Michel Foucault og hans analyser af produktive magtrelationer i moderne vestlige, liberale samfund og herunder forståelsen af magtrelationerne som 'conduct of conduct' (Foucault 1982a i Rabinow og Rose 2003).²⁹ Ifølge Foucault er "to 'conduct' [...] at the same time to 'lead' others and a way of behaving within a more or less open field of possibilities. The exercise of power is a 'conduct of conduct' and a management of possibilities [...]. To govern, in this sense, is to structure the possible field of action of others" (ibid. s. 138).³⁰ Pointen med Foucaults magtforståelse er, at magt ikke er undertrykkende men snarere produktiv i betydningen skabende, hvilket kommer til udtryk som 'en handlen på handlinger' (Foucault 1982a i Rabinow og Rose 2003; Vallgård 2005; Dahlager 2009). Det er en magtudøvelse, der samtidig forudsætter et frit individ, der er i stand til at handle (på sig selv) (Foucault 1982a i Rabinow og Rose 2003; Vallgård 2005; Dahlager 2009). Målet med magtudøvelse er i henhold til Foucault således at forme individers handlerum, så de vælger rigtigt, dvs. agerer moralsk (Vallgård 2005; Dahlager 2009; Greco 2009). I denne optik er magtudøvelsen med andre ord også med til at danne borgerne som etiske subjekter.

Den moderne magt har hos Foucault karakter af at være en pastoralmagt, som i modsætning til den traditionelle magt, der er knyttet til bestemte personer eller institutioner, er en allestedsnærværende magt, som konkret udøves gennem en række samfundsinstitutioner (i nærværende sammenhæng fx lokalpolitiske instanser, sundhedsprofessionelle og familien), der på forskellig vis forsøger at lede folk i bestemte retninger ved hjælp af direkte og indirekte former for regulering (jf. Foucault 1982b i Rabinow og Rose 2003; Lupton 1995; Greco 2009). Hensigten med den moderne magt er således at understøtte og hjælpe individet og befolkningen, dvs. at sikre livet fremfor, som i den traditionelle magt, "at true med døden" (Foucault 2002, s. 152).

²⁹ Foucault anvender også begrebet governmentality til at begrebsliggøre denne 'conduct of conduct' (Foucault 1982b i Rabinow og Rose 2003; Greco 2009).

³⁰ Til yderligere at nuancere denne handlen på handlinger skelner Foucault i sine magtanalyser mellem dominanteknologier og selvteknologier. Dominanteknologier refererer til de teknologier, som institutioner benytter til at skabe viden og færdigheder hos befolkningsgrupper og enkeltindivider, som fx i den kommunale sundhedsfremme. Selvteknologier henviser til konkrete redskaber, normer og idealer, som folk selv anvender til at styre sig selv hen imod en sundere levemåde, bl.a. fordi de selv har en interesse i at leve sundere (Foucault 1982b i Rabinow og Rose 2003). Magtudøvelse er i Foucault optik dermed også ofte et sammenspil mellem velfærdsstatens styringsmekanismer og borgernes ønsker.

Henført til en dansk kontekst kan denne forståelse af magt(udøvelse) som en handlen på handlinger belyse og samtidig give anledning til kritisk at diskutere målsætningen med den kommunale sundhedsfremme, der er at skabe rammer, tilbud og færdigheder, som borgerne aktivt kan benytte i konstitueringen af dem selv som sunde borgere.

Strukturreformen i 2007

I 2007 gennemførte den på daværende tidspunkt siddende Regering en strukturreform, der var foranlediget af en tiltagende politisk debat om den offentlige sektors indretning og evne til at håndtere de nye behov og problemstillinger, som opstod med velfærdssamfundets udvikling og den øgede decentralisering i Danmark (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005, s. 6). Målet med reformen var (og er) ifølge ministeriet, "at skabe en stærk og fremtidssikret offentlig sektor, der løser opgaverne med høj kvalitet og så tæt på borgerne som muligt" (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005, s. 4). Dette skulle realiseres gennem en ny inddeling af kommuner og regioner³¹, en ny rolle- og opgavefordeling mellem kommuner, regioner og staten samt en ny finansierings- og udligningsreform, der bl.a. har betydet, at kommunerne siden reformen har medfinansieret sundhedsvæsenet. Medfinansieringen har til formål at give kommunerne et økonomisk incitament til at fremme borgernes sundhed, idet kommunerne – gennem tilrettelæggelsen af sundhedstiltag rettet mod borgerne – kan være med til at sænke de kommunale udgifter til bl.a. sygehusindlæggelser, og dermed de kommunale udgifter til sundhedsvæsenet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005). Det kommunale ansvar for at fremme sundheden blandt borgerne er dermed også økonomisk betinget og begrundet (jf. også Rose 2009; Greco 2009).

Kimen til strukturreformen i 2007 blev lagt med kommunalreformen i 1970. Før reformen i 1970 var Danmark inddelt i 86 købstadskommuner og ca. 1300 sognekommuner (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005, s. 5). Mange af kommunerne var meget små. Kun 81 kommuner havde i 1960 mere end 5000 indbyggere (Blom 2014, s. 29-30), og årsagerne til reformen i 1970 var bl.a.,

³¹ Hver kommune skulle med reformen have en minimumstørrelse på 20.000 indbyggere. De kommuner, som ikke opfyldte kravet om 20.000 indbyggere, og som med indgåelse af aftalen ikke havde lokalpolitisk opbakning til kommunesammenlægning, var og er stadig forpligtet til at indgå i et (frivilligt) forpligtende samarbejde med en nabokommune (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004, s. 10). Det forpligtende samarbejde skulle/skal "sikre den faglige bæredygtighed i opgavevaretagelsen, og skal som minimum bestå af beskæftigelsesområdet, visitationsfunktioner på socialområdet, kontantområdet, den samlede specialundervisning i specialklasser mv., specialundervisningen for voksne, al genoptræning, der ikke foregår under sygehusindlæggelse samt de opgaver på natur og miljøområdet, som kommunerne har overtaget fra de tidligere amter" (ibid. s. 10-11).

at købskredsens bebyggelse havde bredt sig over grænserne til de tilstødende kommuner, samt at kommunerne var blevet for små til at løse opgaver for lokale borgere og derfor måtte samarbejde med andre kommuner (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005, s. 5).

Med reformen i 1970 blev de ca. 1386 kommuner reduceret til 275 kommuner og 14 amter (ibid. s. 5). Ifølge den danske sociolog Astrid Blom var et af hovedprincipperne i reformen "ét bysamfund – én kommune" med kirken og skolen som centrale kommunale institutioner og med staten som det bærende beslutningsorgan (Blom 2014, s. 30). I stil med kommunereformen i 1970 var (og er) målet med kommunesammenlægningerne i 2007, hvor antallet af kommuner blev reduceret til 98, og der blev etableret 5 regioner til afløsning af amterne, også at "skabe bæredygtige enheder med et klart ansvar for at levere velfærdsydelser af høj kvalitet til danskerne". Rationalet var, "at større kommuner giver muligheder for en bedre opgaveløsning, hvor flere velfærdsopgaver kan løses i kommunerne" (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004, s. 5). Ifølge den siddende regering og forligspartierne ville placeringen af flere opgaver lokalt desuden være med til at "styrke demokratiet, idet flere politiske beslutninger træffes lokalt, ligesom der skal arbejdes for at brede demokratiet ud, så borgerne aktivt inddrages i beslutningerne (ibid.).³²

Princippet om nærdemokrati

Som det fremgår af målsætningen for strukturreformen byggede den på et princip om nærdemokrati³³ og en forventning om, at det er lettere at imødekomme og forstå borgernes ønsker og behov, jo tættere man er på dem. Princippet om nærdemokrati var i 2005, da aftalen blev indgået, ikke nyt. Ønsket om nærdemokrati og den tættere relation til borgerne var også en af årsagerne til kommunalreformen i 1970 (Busck og Poulsen 2002, s. 380). Med strukturreformen i 2007 udvidedes det kommunale ansvarsområde dog til at dække flere velfærdsopgaver end tidligere. Hvor kommunerne før reformen havde ansvaret for ældreplejen, børnepasningsområdet og folkeskolen samt flere opgaver på socialområdet fik de med strukturreformen ansvaret for

³²En væsentlig målsætning med strukturreformen var et ønske om effektivisering i den offentlige sektor, der bl.a. også er at finde i principperne bag new public management, som ud over effektiviseringer i den offentlige sektor ved hjælp af fx kvalitetsstyring og decentraliseringer, også er bygget op omkring privatiseringer af offentlige velfærdsydelser samt inddragelse af forskellige aktører i varetagelsen af den danske velfærdsstat (Se bl.a. Greve 2002; 2007). New public management er en fællesbetegnelse for en række initiativer og reformer i den offentlige sektor med det formål at styre og effektivisere de offentlige budgetter og ydelser (Greve 2002). Det er en effektivisering, der på sundhedsområdet bl.a. forventes realiseret igennem udbygninger af samarbejder og alliancer imellem sundhedsprofessionelle, beslutningstagere og borgere (Thorgaard m.fl. 2010, side 7-8).

³³ Med nærdemokrati henvises til et princip om at træffe politiske beslutninger tættere på borgerne, bl.a. gennem en decentralisering af beslutningsprocesserne fra stat til kommune og ved i højere eller mindre grad at inddrage borgerne i de demokratiske processer (Tænketaank om nærdemokrati 2005).

yderligere otte opgaver, herunder erhvervsservice, et udvidet ansvar på socialområdet samt det primære ansvar for den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005, s. 22).

Det kommunale ansvar for folkesundheden er også stedefæstet i Sundhedslovens kapitel 35 § 119.³⁴ Heri fremgår det, at "kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis", hvilket skal resultere i, at "kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne (Sundhedsloven kapitel 35 § 119, stk. 2) (www.retsinformation.dk).³⁵ Det primære formål med overdragelsen af sundhedsområdet var ifølge den siddende regering "at forebyggelse og sundhedsfremme integreres med de øvrige kommunale opgaver i borgernes nærmiljø, dvs. når kommunerne er i kontakt med borgerne i dagsinstitutionerne, skoler, ældrecentre mv." (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005, s. 22).

Min pointe med gennemgangen af strukturreformen og det politiske landskab, som formede sig med reformen er, at kommunerne blev tildelt en væsentlig rolle i organiseringen og praktiseringen af forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark, så de nu økonomisk og institutionelt er forpligtet til at fremme folkesundheden i Danmark. Det er det kommunale ansvar for den borgerrettede sundhedsfremme, som førte til udviklingen af livsstilskurset i Vallensbæk Kommune, der blot er et af kommunens sundhedsfremmende borgerrettede tilbud. Foruden livsstilskurset har sundhedsafdelingen også andre gruppebaserede overvægts- og/eller kosttilbud (primært rettet mod børn, unge eller fædre), forskellige motionstilbud (bl.a. gå- og løbehold samt sommer- og seniorgymnastik) samt tilbud om rygestop, misbrugssamtaler, kostvejledning hos diætister, patientuddannelser og blodpatruljer (sundhedsprofessionelle der er til stede under lokale arrangementer og tilbyder borgerne måling af blodtryk) (www.vallensbaek.dk).

På grund af dels det kommunale ansvar for folkesundheden i lokalområdet, dels medfinansieringen af hospitalsindlæggelser og dels undersøgelser, der ifølge sundhedschefen i

³⁴ Ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse blev for første gang ekspliciteret og formaliseret med vedtagelsen af sundhedsloven 16. juni 2005 (Blom 2014)

³⁵ Kommunernes forpligtelse på sundhedsområdet stedefæstes også i Sundhedsloven kapitel 1 § 1. Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte, samt i kapitel 1 § 3. Regioner og kommuner er efter reglerne i denne lov ansvarlige for, at sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient.

Vallensbæk Kommune dokumenterer de økonomiske omkostninger ved patienter med livsstilssygdomme, bliver der bevilliget flere penge til sundhedsfremme og forebyggelse i kommunen end før strukturreformen (Interview med sundhedschef). Dette udmønter sig i et stadigt stigende antal sundhedsfremmende tilbud, der har til formål at hjælpe borgerne til at håndtere egen sygdom og/eller sundhed. Livsstilskurset er altså en del af Vallensbæk Kommunes samlede sundhedsfremmeindsats, men indgår også i den samlede indsats for forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark. Og dette er, som Foucault pointerede, en magtudøvelse, der sætter specifikke rammer for borgernes praksis, snarere end direkte at påtvinge dem en specifik sundhedsopførsel (Foucault 1982a i Rose og Rabinow 2003).

Konkret betyder ansvarsoverdragelsen, at folkesundhedsarbejdet (og de kommunale sundhedsprofessionelle, som varetager dette)³⁶ træder et skridt nærmere borgerne og deres dagligdag, fordi 'forebyggelse og sundhedsfremme' lokaliseres i nærmiljøet; med sundhedsafdelinger på rådhuset eller i nyoprettede sundhedshuse³⁷; med notitser og indslag i lokalaviser og med tilstedeværelse af kommunalt ansatte sundhedsprofessionelle ved lokale arrangementer. I Vallensbæk Kommune kommer det bl.a. til udtryk ved, at sundhedsafdelingen fysisk er lokaliseret på Rådhuset³⁸, ligesom de husomdelte aviser og månedsblade jævnligt benyttes i formidlingen af informationer om nye eller forestående sundhedsfremmende tilbud. Desuden er alle afdelingens sundhedstilbud geografisk situeret i lokaler eller naturområder rundt om i kommunen, så de er lette at komme til for borgerne.

Sundhedsafdelingens – og derfor den kommunale sundhedsfremmes – tilstedeværelse i nærmiljøet er et landsdækkende karakteristikum ved folkesundhedsarbejdet. Bl.a. fremgår det af en rapport om kommunernes forebyggelsesindsats i 2008, at størstedelen af kommunerne på daværende tidspunkt havde oprettet lokale sundhedshuse eller afdelinger på de lokale rådhus og igangsat en række borgerrettede sundhedsfremmende indsatser i lokalmiljøet. Dette tager både

³⁶ Et forbehold er den kommunale hjemmepleje, som også før strukturreformen var (og er) en offentlig ydelse, der udføres i borgerens hjem, når han/hun ikke er i stand til at tage vare på egne behov (www.aeldresagen.dk).

³⁷ I aftalen om strukturreformen fremgår det, at kommunerne skal etablere nye løsninger på forebyggelses- og genoptræningsområdet, fx i form af sundhedscentre (Indenrigs og Sundhedsministeriet 2004, s. 34). I en evaluering af kommunernes indsats det første år, som er foretaget af analysebureauet COWI for Kommunernes Landsforening, fremgår det, at de fleste danske kommuner har etableret kommunale sundhedsafdelinger eller sundhedscentre, har udviklet sundhedspolitikker samt har etableret sundheds- og socialudvalg (COWI og Kommunernes Landsforening 2008).

³⁸ Sundhedsafdelingen blev etableret i 2005 med vedtagelsen af strukturreformen og en organisationsændring i kommunen (Interview med sundhedschef).

form som individ- eller gruppeorienterede indsatser, som livsstilskurset i Vallensbæk, og som mere generelle foranstaltninger, som fx etablering af cykelstier og udviklingen af kostpolitikker i kommunale institutioner (børnehaver, vuggestuer og plejehjem mv.) (COWI og Kommunernes Landsforening 2008). Sundhedsfremme bliver med ansvarsoverdragelsen dermed gjort til – eller i hvert fald forsøgt gjort til – en synlig og betydningsfuld institution (som fx skolen, familien og kirken) i borgernes dagligdag og lokale miljø, der bl.a. skal fungere som et (styrings)instrument i det sundhedspolitiske forsøg på at sikre borgernes sundhed og velvære. Men hvilke rationaler ligger til grund for princippet om nærdemokrati og ansvarsoverdragelsen af forebyggelse og sundhedsfremme til kommunerne? Og hvad er formålet?

Samfundsmæssige rationaler: Stigende sundhedsudgifter og borgeren i centrum

En af de antagelser, som lå bag strukturreformen, var en forventning om, at jo tættere den offentlige sektor er på borgeren og dennes hverdag, desto lettere er det at få kendskab til den enkeltes eller gruppens behov og til – igennem forskellige former for direkte konsultationer (folkeskoler, børnehaver, livsstilskurser) eller indirekte foranstaltninger (madpolitikker, cykelstier, sportsfaciliteter) – at påvirke borgerne i en sundhedsfremmende retning (Rose 2009; Thorgaard m.fl. 2010; Rud 2010).

Op gennem det 20. og 21. århundrede har sundhedsudgifterne i Danmark (og i de andre europæiske lande) været stigende, primært på grund af befolkningssammensætningen med flere ældre og flere kroniske syge, og de økonomiske konsekvenser ved den demografiske udvikling har udmøntet sig i et sundhedspolitisk fokus på forebyggelse og sundhedsfremme (Mathar og Jansen 2010). Tæt knyttet hertil er en øget opmærksomhed på etik og (patient)autonomi i sundhedssektoren. Denne opmærksomhed har de senere år bredt sig til folkesundhedsarbejdet, bl.a. med udtrykket om 'egenomsorg' og at 'sætte borgeren i centrum' (jf. bl.a. Ljungdahl og Møller 2011; Grøn 2011; Grøn m.fl. 2012; Armstrong 2013), hvilket har affødt en forventning om, at den enkelte borger (som individ eller som tilhørende en gruppe af individer) har pligt og ret til aktivt at forholde sig til egen livssituation og dermed blive en del af og lade sig involvere i håndteringen af egen sundhed. Dvs. en pligt til at udvise ansvar og handling og herigennem være en god samfundsborger (Petersen og Lupton 1996; Vallgård 2005; Rose 2009; Greco 2009; Olesen 2010; Armstrong 2013). Dette ses på livsstilskurset, når deltagerne gøres til eksperter på egen

hverdag og livsstilsændring. 'Det sunde liv' antages med andre ord at være en borgerpligt men også et fundamentalt gode, som borgerne i kraft af deres deltagelse i fællesskabet/velfærdsstaten er berettiget til, og hvis berettigelse håndhæves af den enkelte borger i kraft af varetagelsen af selvet, af sundhedsprofessionelle, der inddrager borgerne i håndteringen af sundhed/sygdom, og af borgergrupper som repræsenterer borgernes rettigheder (Petersen og Lupton 1996; Rose 2009). I Foucaults optik er der, med den danske filosof Finn Olesens ord, tale om "subjektifikation, der har til hensigt at skabe den frit vælgende borger, som samtidig indordner sig under den disciplinerende magt" (Olesen 2010, s. 321-322).

Foruden at øge kendskabet til forebyggelsesbehovet i nærmiljøet muliggør den tættere kontakt til borgerne også en yderligere kontrol – direkte eller indirekte – med borgerne og deres sundhedspraksis. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at borgerne indkaldes til møder, inviteres til infoaftener eller selv opsøger tilbud om konsultationer hos kommunale diætister eller sundhedsplejersker (eller et livsstilskursus), eller ved at de sundhedsprofessionelle i deres arbejde i lokalmiljøet bliver opmærksomme på problemstillinger i relation til borgernes sundhedstilstand og igangsætter opsøgende, forebyggende eller sundhedsfremmende foranstaltninger (Noter fra feltobservationer, interview med sundhedschef).

Ifølge sundhedschefen i Vallensbæk Kommune er flere af de lokale sundhedstiltag blevet igangsat, fordi de ansatte i deres kontakt til borgerne er blevet opmærksomme på et specifikt behov, eller fordi repræsentanter for borgergrupper eller de praktiserende læger i kommunen har efterspurgt et bestemt tiltag (Interview med sundhedschef). Bl.a. var det – foruden Sundhedsprofilen – også henvendelser fra praktiserende læger, som manglede et vægttabstilbud til deres overvægtige patienter, der ledte til udviklingen af livsstilskurset i første omgang (Interview med underviser).

Som nævnt i indledningen kan denne tendens til direkte eller indirekte at forsøge at regulere befolkningens sundhedstilstand gennem kommunale forebyggelses- eller sundhedsfremmende indsatser anskues som et eksempel på en 'handlen på handlinger' (Foucault 1982a i Rabinow og Rose 2003), dvs. et forsøg på at lede folk i bestemte retninger og herigennem få dem til at styre sig selv. Den engelske sociolog Nikolas Rose forholder sig til denne tendens som et eksempel på udviklingen af biologiske borgere (Rose 2009). Borgere som igennem forskellige former for styring – sundhedstilbud, sundhedskampagner og sundhedsundersøgelser – bliver i stand til og finder en

interesse i at kontrollere egen sundhedstilstand og foretage, hvad de opfatter som, de rette sundhedsmæssige valg (ibid. s. 51). I Foucaults og Roses optik er magtudøvelsen som nævnt derfor ikke nødvendigvis undertrykkende eller deterministisk men også med til at skabe borgerne som subjekter.

Overført til en dansk kontekst kan målsætningerne om nærdemokrati og udviklingen af den kommunale sundhedsfremme, der har til formål at fremme sundheden lokalt, fortolkes som et udtryk for disse tendenser mod at regulere og styre borgerne til en sundhedsfremmende levemåde, bl.a. ved at udvikle og tilbyde sundhedsfremmende tiltag og rammer, som borgerne kan benytte til at varetage egen sundhed.

Men hvordan kommer denne styring til selvstyring konkret til udtryk i den kommunale sundhedsfremme? Hvilke målsætninger og instrumenter benyttes, og hvilke(n) viden og rationaler ligger til grund for dette? Hvad er det for sammenhænge, som ligger til grund for selvstyrende aktiviteter som livsstilskurset i Vallensbæk Kommune? Det vil jeg redegøre for i de næste afsnit.

Målsætninger i den kommunale sundhedsfremme: Middellevetid, risikofaktorer og livsstil

Som det fremgår af ovenstående er den kommunale sundhedsfremme og forebyggelse som institution relativ ny. Borgernes sundhed som et velfærdspolitisk anliggende er dog ikke et nyt fænomen. Sundhedsfremme og forebyggelse har været en del af det politiske arbejdsområde i Danmark siden 1920'erne og 1930'erne, hvor den daværende socialdemokratiske regering vedtog en række love med racehygiejnisk argumentation (Vallgård 2005; Koch 2014). Dette gjaldt bl.a. et ægteskabsforbud for sindssyge samt en lov om (tvangs)sterilisering af sindssyge, der var begrundet i hensynet til eventuelle børn samt et arvebiologisk argument om at 'kvalitetssikre' slægten og de gener, som blev ført videre (Se bl.a. Busck og Poulsen 2002; Koch 2014).

Med velfærdsstatens udbygning i 1950'erne og 1960'erne blev borgernes sundhed som et politisk ansvarsområde også udbygget. Det kom konkret til udtryk ved etableringen af et hospitalsvæsen og plejehjem for handicappede og syge samt udarbejdelse af en række ordninger, der skulle sikre befolkningen et mindstemål af økonomisk sikkerhed i tilfælde af sygdom og invaliditet (Hein Rasmussen 2002). Siden blev forebyggelse udvidet til ikke kun at dække patienternes sikkerhed og velbefindende men også borgernes sundhed. Det var bl.a. foranlediget af WHO's sundhedsprogram

"Health for all in the Year 2000" i 1981 og det senere Ottawa Charter³⁹ (1986) samt en vækst i udgifter til sygehuse og sundhedssektoren, der medvirkede til konstitueringen af forebyggelse og sundhedsfremme som en velfærdspolitisk opgave og en velfærdsydelse, borgerne har ret til i bestræbelserne på at sikre velvære og et godt liv (WHO Health Education Unit 1986; Vallgård 2005, Mathar og Jansen 2010; Plough Hansen og Tjørnhøj-Thomsen 2012; Blom 2014). Bl.a. fremgik det af det danske sundhedsprogram fra 1989, som var det første af sin slags, at, "der er markant behov for en forstærket forebyggende indsats i Danmark [...]. Siden 1970 er den danske middellevetid ikke fulgt med udviklingen i landene omkring os. [...]. Danskernes "middellevetid skal øges markant, og samtidig skal antallet af gode leveår øges og helbredsbedingede begrænsninger [...] mindskes" (Sundhedsministeriet 1999, s. 7). Det mål blev i 1989 omsat til en øget indsats over for risikofaktorerne tobak, alkohol, kost og motion samt svær overvægt og trafikulykker (ibid. s. 7-8), hvilket krævede et samarbejde mellem stat, kommune og amter samt "andre dele af samfundet" (ibid. s. 6).

Hvordan? De sundhedspolitiske målsætninger i praksis

I den kommunale sundhedsfremme er ovenstående målsætning om at fremme sundheden og øge middellevetiden ved at adressere risikofaktorer gennem individuel praksis stadig det primære mål. Det skyldes, at kategorierne 'middellevetid', 'risikofaktorer' og 'livsstil' i folkesundhedsarbejdet fortolkes som tæt forbundne i forståelsen af den enkeltes og borgernes sundhedstilstand (Vallgård 2001; Kjølner m.fl. 2007; Forebyggelseskommissionen 2009; Rud 2010).

I Folkesundhedsprogrammet "Sund hele livet 2002-2010", der ved kommunesammenlægningerne var det gældende nationale program, blev det sundhedspolitiske mål præciseret som "at sikre flere gode leveår til alle borgere". Det var en målsætning, der indbefattede, at de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser skulle være rettet mod det livsforlængende og det livskvalitetsfremmende (Regeringen 2002, s. 6) samt målrettes i forhold til "de vigtigste risikofaktorer som [...] rygning, alkohol, kost, fysisk aktivitet, svær overvægt, ulykker, arbejdsmiljø og miljøfaktorer" (ibid. s. 10). I det seneste sundhedsprogram fra 2014, "Sundere liv for alle" sættes der ligeledes fokus på "flere gode leveår" og "sunde valg" gennem etableringen af sunde

³⁹ I forbindelse med WHO's strategi "Sundhed for alle år 2000" blev den første internationale konference om sundhedsfremme afholdt i Ottawa den 21. november 1986. Ottawacharteret blev udarbejdet i forbindelse med konferencen. Hensigten med charteret var "at skabe et dynamisk, internationalt handlingsprogram om sundhedsfremme til støtte for "Sundhed for alle i år 2000" strategien" (Komiteen for sundhedsoplysning 1988).

rammer og tilbud rettet mod rygning, overvægt, fysisk aktivitet, alkohol, mental sundhed og social ulighed, som er livsstilsfaktorer, der forventes at have negativ indflydelse på sundheden (Regeringen 2014). Den primære problemstilling, som kommunerne i deres folkesundhedsarbejde skal adressere, er således risikofaktorerne ved en given individuel handling eller et givent miljø, idet disse forventes at have en negativ virkning på livslængden og livskvaliteten (og derfor sundhedsudgifterne).

Sundhedsstyrelsen, der efter strukturreformen fik ansvaret for at sikre den landsdækkende koordinering på sundhedsområdet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004, s. 33), konkretiserede og uddybede i året efter strukturreformen målsætningerne i "Folkesundhedsprogrammet 2002-2010" og kommunernes roller og forpligtelser efter kommunesammenlægningerne (Sundhedsstyrelsen 2005c). Heraf fremgår det bl.a., at kommunerne skal "skabe rammer og muligheder for en sund levevis", og at de skal etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud med det formål at "holde raske borgere sunde og undgå, at sygdom opstår" (ibid. s. 6). Ifølge Else Smith, som på daværende tidspunkt var direktør for Sundhedsstyrelsen, skal sundhed med den kommunale sundhedsfremme blive "en del af borgernes hverdag, så det bliver en helt naturlig del af den enkeltes liv" (ibid. s. 14). 'Sundheden' skal med andre ord blive en praksis, som borgene utvivlsomt og uden egentlige overvejelser praktiserer i deres dagligdag. Ud fra folkesundhedsprogrammet og Sundhedsstyrelsens udlægning blev kommunerne således ansvarlige for at sikre danskernes sundhed og gode leveår gennem udvikling af rammer og muligheder, som borgerne kan benytte, og i håndhævelsen af det kommunale sundhedspolitiske ansvar bliver begreberne middellevetid, risiko og livsstil såvel som nationale og regionale sundhedsprofiler centrale lokalpolitiske instrumenter.

Lokale, sundhedspolitiske instrumenter – middellevetid og risikofaktorer

Et væsentligt mål med den sundhedsfremmende indsats er ifølge Sundhedsstyrelsen at forebygge de nationale folkesygdomme⁴⁰, der anses for at være forårsaget af folks usunde vaner og en af de primære årsager til den lave middellevetid i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2005). I en sundhedspolitisk sammenhæng er kategorien om middellevetid et centralt handlingsparameter, fordi den anvendes som en indikator for den generelle levestandard i et land (Se bl.a. Kjølner m.fl.

⁴⁰ Aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-karsygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

2007; Vallgård 2003, 2011). Det er med andre ord et udtryk for befolkningens velbefindende og produktivitet. I Danmark er middellevetiden lavere end i de andre skandinaviske lande, Sverige, Norge og Finland, som vi normalt sammenligner os med (Vallgård 2001, 2003; Kjølner m.fl. 2007). Et væsentligt formål med folkesundhedsarbejdet er derfor at hæve middellevetiden (Regeringen 2002, 2014), hvilket ifølge Sundhedsstyrelsen forudsætter en kommunal indsats rettet mod borgernes livsstil, fx rygning, for stort alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og overvægt, idet mange borgere har en livsstil, der øger deres risiko for at udvikle sygdomme (Sundhedsstyrelsen 2005, s. 6-7). Den nationale målsætning om at øge middellevetiden skal i folkesundhedsarbejdet således realiseres gennem et fokus på borgernes 'livsstil' og på 'risikofaktorer' forbundet hermed, idet forandringer i 'livsstilen' forventes at være det primære instrument i forsøget på at øge antallet af sunde borgere og dermed begrænse sundhedsudgifterne (Thorgaard m.fl. 2010).⁴¹ Men hvordan forstås livsstil i en sundhedspolitisk sammenhæng? Og hvilken betydning får denne livsstilsforståelse for den sundhedsfremmende indsats i kommunerne og herunder livsstilskurset i Vallensbæk Kommune?

Livsstil

Begrebet 'livsstil' defineres af Sundhedsstyrelsen som "adfærd, der over tid påvirker den enkeltes sundhed og dermed folkesundhed. [...] Livsstilen kan påvirkes positivt såvel som udgøre en risikofaktor for sundheden". (Sundhedsstyrelsen 2005, side 34). Som det fremgår af definitionen refererer 'livsstil' overvejende til en individuel praksis, der er tæt forbundet med udvikling af sygdom og/eller en individuel sundhedstilstand. I Vallensbæk Kommune adresseres livsstil tilsvarende som "den måde, den enkelte har valgt at leve livet med de forskellige valg, der er truffet" - et valg, som kommunen dog skal forsøge at præge ved at sætte fokus på ryge- alkohol-, motions- og madvaner, overvægt, trafikulykker og miljømæssige påvirkninger (Vallensbæk Kommune 2010).⁴²

⁴¹ I en sammenligning af det engelske og de nordiske landes folkesundhedsprogrammer (Sverige, Norge og Danmark) falder det danske folkesundhedsprogram ifølge den svenske historiker Signild Vallgård umiddelbart i øjnene som det program, der fokuserer mest på levetid (Vallgård 2001, 2003). Et fokus, der ifølge Vallgård bevirker, at de forhold, der kan tilskrives borgernes adfærd – rygning- og madvaner mv. – fremstilles som betydningsfulde. Og en fokusering, som samtidig bevirker, at mere komplekse årsagsrelationer, som fx socio-økonomiske forhold, ikke i samme grad som i de andre landes folkesundhedsprogrammer adresseres som betydningsfulde for folkesundheden (Vallgård 2003: Rud 2010).

⁴² Udviklingen af en bred definition på livsstil relaterer sig til det på daværende tidspunkt lokalpolitiske mål om at udvikle en bred rammeaftale, som de forskellige enheder, der med strukturreformen blev en del af sundhedsafdelingen i Vallensbæk Kommune, kunne/kan arbejde ud fra og konkretisere i relation til enhedernes forskellige forpligtelser og indsatsområder (Interview med

I en sundhedspolitisk sammenhæng er livsstilsforståelsen således tæt knyttet til den epidemiologiske forståelse af livsstil som individuelle risikofaktorer, der i en sundhedsvidenskabelig sammenhæng anses som værende de væsentligste risikofaktorer for udvikling af sygdom (se bl.a. Kannel m.fl. 1961; Kjølner m.fl. 2007; Van der Broeck og Brestoff 2013). (Se endvidere kapitel 4 for en nærmere gennemgang af livsstilsbegrebet). Det er en forståelse, der, som vist, også ligger til grund for livsstilskurset med dets fokus på deltagernes individuelle kost- og motionsvaner samt forandringer i de usunde vaner.⁴³

I folkesundhedsarbejdet i Danmark går den sundhedspolitiske forståelse af livsstil ofte under navnet KRAM eller KRAM-faktorer (Kost, Rygning, Alkohol og Motion). Det skyldes en landsdækkende sundhedsundersøgelse af danskernes sundhedsstilstand i 2007 og 2008, der gik under navnet "Giv borgerne et KRAM", og havde til formål at undersøge faktorernes indflydelse på den generelle sundhedstilstand. Målet med undersøgelsen var at give kommunerne et redskab i planlægningen af deres fremtidige forebyggende og sundhedsfremmende indsats samt at øge borgernes kendskab til KRAM-faktorernes indflydelse på den individuelle sundhedstilstand (Christensen m.fl. 2009).

KRAM-undersøgelsen er siden hen blevet fulgt op af to nationale, og herunder to regionale, sundhedsprofiler, som hver har været baseret på en undersøgelse af sundhed og sygelighed blandt borgere i alle landets kommuner med fokus på især den individuelle sundhedsadfærd og herunder kost, rygning, alkohol, motion og overvægt (Christensen m.fl. 2011, 2014). Hensigten med profilerne er bl.a. at give den enkelte kommune indsigt i, hvilke indsatsområder og målgrupper som bør prioriteres lokalt, hvis målet om at fremme borgernes sundhed skal realiseres (Christensen m.fl. 2011).

sundhedschef). Sundhedsafdelingen er som nævnt sidenhen blevet slået sammen med Afdelingen for Kultur og Fritid og er i skrivende stund integreret i Center for Sundhed, Kultur og Fritid.

⁴³ I mit interview med underviseren relaterer hun – foruden de individuelle mad og motionsvaner – dog også til erfaringen med at have et socialt netværk og gode sociale relationer i sin definition af livsstil. For underviseren er livsstil "en balance mellem at have det godt med sig selv; at have det godt i sin krop, at man får god energi, noget mad der giver en noget godt, at man også får bevæget sig, men også at man har nogen at være sammen med, som en lige så stor del af en god livsstil, en sund livsstil" (Interview med underviser). Til trods for det overvejende fokus på KRAM-faktorerne i folkesundhedsarbejdet er forståelsen af livsstil blevet løsnet op de senere år til også at inkludere bl.a. arbejdsforhold, psykiske forhold, seksuelle vaner og sociale relationer, hvilket bl.a. Sundhedsstyrelsens publicering af 11 forebyggelsespakker er et udtryk for (Sundhedsstyrelsen 2012). Forebyggelsespakkerne adresserer KRAM-faktorerne (alkohol, rygning, euforiserende stoffer, kost vaner, fysisk aktivitet og overvægt) men integrerer også forhold som hygiejne, solbeskyttelse, mental henholdsvis seksuel sundhed samt indeklime (ibid. 2012). Som de fremgår af listen er det dog stadig primært folks vaner, som antages at udgøre risikofaktorerne ved sygdom.

Som en del af de regionale sundhedsprofiler udarbejdes lokale sundhedsprofiler, og det er som nævnt bl.a. den lokale sundhedsprofil, som har medvirket til udviklingen af livsstilskurset, og som generelt ligger til grund for Vallensbæk Kommunes sundhedsfremmeindsats (Vallensbæk Kommunes Sundhedsafdeling 2011). Brugen af sundhedsprofilen og adresseringen af KRAM-faktorerne i den lokale forebyggelsesindsats er ikke et særkende for Vallensbæk Kommune. I en undersøgelse af kommunernes sundhedspolitikker og forebyggelsesprogrammer fremgår det, at alle landets kommuner anvender de nationale folkesundhedsprogrammer og lokale sundhedsprofiler i planlægningen af indsatsområder, samt at størstedelen af tilbuddene på landsplan er rettet imod KRAM-faktorerne (Aarestrup m.fl. 2007; Friis-Holmberg m.fl. 2013). At 'livsstilsforandringer', dvs. forandringer i de usunde vaner, er det primære middel eller mål i de kommunale borgerrettede sundhedstiltag er således en generel tendens i den kommunale sundhedsfremme og ikke enestående for livsstilskurset. Men er borgernes sundhed og livsstil kun et offentligt ansvar, eller er der, som jeg vil argumentere for, snarere tale om et fælles ansvar?

Rollefordeling: Sundhed som fælles ansvar

Det er ikke kun kommunerne, som i samarbejde med regionerne og de praktiserende læger, har ansvaret for at sikre borgernes sundhed. Borgerne tildeles som nævnt også en væsentlig rolle i håndteringen af egen sundhed og sygdom. I folkesundhedsprogrammet "Sund hele livet" præciseres borgernes ansvar bl.a. med udsagnet om, at "den enkelte har ansvaret for sit eget liv" [...], og at "sundhed skabes i et samspil mellem den enkelte, familien, og de små og store netværk og fællesskaber, som den enkelte indgår i" (Regeringen 2002, s. 6).

Forebyggelseskommissionen, der i 2008 blev nedsat af den på daværende tidspunkt siddende regering med det formål at udarbejde anbefalinger til en styrket indsats på forebyggelsesområdet, fremhævede også dette fokus på sundhed som et fælles ansvar i deres anbefalinger (Forebyggelseskommissionen 2009).⁴⁴ Heri fremgår det, at "borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme skal foregå i borgernes hverdag. Det er derfor naturligt, at ansvaret er forankret i kommunerne" (Forebyggelseskommissionen 2009, s. 4). Det er samtidig "et personligt ansvar at sikre sunde vaner og et langt og sundt liv. Men det sunde valg er ikke altid det lette valg. [...]"

⁴⁴ Regeringen nedsatte i 2008 en Forebyggelseskommission, der havde til formål at komme med anbefalinger til en øget forebyggelsesindsats i kommunerne. Nedsættelsen af kommissioner/råd er et grundelement i den danske forfatningsstruktur og grundfæstet i Grundloven. De etablerede kommissioner/råd har generelt til formål at komme med anbefalinger til en specifik indsats på et specifikt område (www.retsinformation.dk).

Samfundet har derfor et ansvar for at understøtte det personlige ansvar og stille rammer og tilbud til rådighed, der hjælper den enkelte borger med at vælge en sund livsstil” (Forebyggelseskommissionen 2009, s. 14).

Fremme af sundhed er således ikke blot et resultat af kommunernes udvikling af rammer, men også af borgernes aktive brug heraf. Målsætningen om at skabe flere sunde borgere forventes altså at være et mål, der opnås gennem udvisning af et fælles ansvar, der forudsætter, at den enkelte selv tager ansvar for sin egen og familiens sundhed ved bl.a. at tage imod og bruge de tilbudte muligheder for at agere sundt. Dette ses som nævnt også på livsstilskurset, hvor deltagerne som eksperter på eget liv skal tage ansvar for realiseringen af deres sundere livsstil. (Præciseringen af sundhed som et fælles ansvar ses også i det i skrivende stund gældende sundhedsprogram ”Sundere liv for alle”, jf. Regeringen 2014). Sundhed bliver altså i den forståelse et moralsk anliggende, der konstitueres gennem (selv)dannelsen af borgerne som etiske individer, der bør agere ansvarsfuldt i henhold til mulighederne for at leve sundt (Foucault 2004).

Delkonklusion

Livsstilskurset er, som det fremgår, ikke enestående, men et eksempel på de nye relationer mellem kommunale sundhedsprofessionelle og borgere, som etableredes med strukturreformen og den kommunale sundhedsfremme som institution (Schøler og Otto 2011). Her handler de sundhedspolitiske strategier om at mobilisere og motivere borgerens egenomsorg, så borgeren selv finder en interesse i at varetage sin egen og familiens sundhed, og det er en målsætning, som i stigende grad forsøges realiseret i form af individuelt rettede tiltag, som fx livsstilskurset, der har livsstil og hverdag som omdrejningspunkt (ibid.). Livsstil er således et væsentligt begreb i den pågældende empiriske kontekst. Hvorfor og hvordan livsstil fortolkes og anvendes i afhandlingen, vil jeg udfolde i det næste kapitel.

4 Livsstil og livsstilsforandringer: Et historisk overblik og en begrebsafklaring

Indledning

I de forrige kapitler introducerede jeg livsstilskurset, deltagerne og det kommunale ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme, som livsstilskurset er en udløber af. I gennemgangen gjorde jeg opmærksom på, at livsstil er et centralt begreb i den kommunale sundhedsfremme, ikke mindst fordi det er ved at hjælpe og guide borgerne til en sundere livsstil, at det sundhedspolitiske mål om at øge antallet af sunde borgere forsøges realiseret. Det er en målsætning, som også kommer til udtryk på livsstilskurset, hvor det er deltagernes usunde livsstil, der er omdrejningspunktet for kursets indhold og mål. Endvidere beskrev jeg, hvorledes deltagerne selv har tilmeldt sig livsstilskurset, og at de således af egen fri vilje vil ændre på deres livsstil, fordi de bl.a. håber, at en sundere livsstil vil medvirke til, at de fortfarende kan være en aktiv del af deres familier og vennekreds. Også i en sen alder. Livsstil adresserer således en række centrale praksisser i den empiriske kontekst.

Trods anvendelsen i den kommunale sundhedsfremme og på livsstilskurset er livsstil dog ikke et begreb, som har sin oprindelse inden for sundhedsfremme, eller som nødvendigvis refererer til en praksis specifikt relateret til sundhed (Coreil m.fl. 1985; Cockerham 2005). En Google søgning på 'livsstil'⁴⁵ giver mere end 24 mio. hits, der nok indeholder sider omhandlende sundhed, men også sider om bolig, økonomi, mad, biler og elektronik. Det er en flertydighed, der også er at finde i de kulturanalytiske traditioner, hvor livsstil anvendes i adresseringen af forskellige parametre ved menneskelig praksis og væren, f.eks. forbrugsmønstre og æstetiske udtryk (se bl.a. Bourdieu 1984; Featherstone 1987, 1991; Johansson og Miegel 1992; Burrows og Nettleton 1995; Dahl 1997), energi og bæredygtighed (se bl.a.; Kuehn 1999, 2000; Jensen 2002) eller sundhedspraksis (se fx Grøn 2004; Cockerham 2005; Korp 2008; Jansen 2010). Blandt deltagerne på livsstilskurset forstås livsstil tilsvarende som andet og mere end usunde kost- og motionsvaner. 'Livsstil' er, som deltageren Kurt udtrykker det, "mange ting", bl.a. familie og venner, fritidsinteresser og arbejde, samt "at have en dagligdag, der fungerer" (Interview med Kurt).⁴⁶ Det er en forståelse, som flere af de andre deltagere deler med deres referencer til livsstil som "den måde, man lever på" (Noter fra

⁴⁵ Google søgningen var på det danske ord 'livsstil' den 1. juni 2016. På det engelske ord 'lifestyle' fremkom der 498. mio. hits (01.06.16), mens 'life style' frembragte 633 mio. (01.06.16)

⁴⁶ Jeg har i afhandlingen ændret deltagernes navne.

interviews). Livsstil anvendes således på mange måder og i et væld af sammenhænge, og det er altså ikke et entydigt fænomen – hverken i den kommunale sundhedsfremme, i de kulturanalytiske eller de epidemiologiske forskningstraditioner eller i en mere dagligdags forståelse.

Begrebets flertydighed har været genstand for opmærksomhed inden for bl.a. sociologien, hvor manglende begrebsafklaringer i analyser af livsstil har affødt en del kritik (se bl.a. Coreil m.fl. 1985; Askegaard 1993; Backett & Davison 1995; Korp 2008). En af kritikerne er den amerikanske sociolog Michael W. Sobel, som i en diskussion af forskellige sociologiske livsstilsanalyser i 1981 konkluderede, at der er "no agreement as to what constitute lifestyle. The literature is idiosyncratic [...]. It is not clear whether a lifestyle belong to an individual or to some aggregate [...] and no discussion of lifestyle as a phenomenon in its own rights are to be found" (Sobel 1981, s. 2). Det var tvetydigheder, som ifølge Sobel medvirkede til, at livsstil fremstod som et af de mest misbrugte begreber i forskningsøjemed: "lifestyle include everything and mean nothing, all at the same time [...]. The more this word is bantered about, the less it seems to mean" (ibid.). Pointen hos Sobel var ikke, at 'livsstil' skulle forkastes eller var uanvendeligt som forskningsbegreb, men at begrebet skulle defineres og diskuteres i videnskabelige analyser af 'livsstil', fordi det giver forskningen troværdighed. Det tydeliggør hensigten og formålet med forskningen samt bidraget til anden forskning inden for emnet (ibid. s. 17).

Lignende kritik af begrebet kommer fra den engelske sociolog Kathryn Backett og den engelske antropolog Charlie Davison godt ti år senere i deres analyse af de kulturelle konstruktioner af fysisk og social aldring i Storbritannien (Backett og Davidson 1995). Ifølge Backett og Davison bliver livsstilsbegrebet ofte anvendt uden reference til begrebets historiske udvikling eller til begrebets betydning i den undersøgte kontekst, hvilket medvirker til en manglende forståelse for eller diskussion af den kompleksitet, som livsstil rummer som fænomen (ibid. s. 631). Pointen hos Backett og Davison er, at livsstil mister sin betydning som et analytisk begreb, fordi det i analyserne fremstår som et utydeligt (opr. 'vague') og derfor uhåndgribeligt begreb, hvis kontekstafhængighed der samtidigt ikke er blevet redegjort for.⁴⁷

⁴⁷ Backett og Davisons kritik udspringer bl.a. af en opmærksomhed på diskrepansen mellem forskeres og lægpersoners forståelse af livsstil. Ifølge Backett og Davidson defineres livsstil i den sundhedsvidenskabelige forskning ofte som sunde eller usunde vaner, hvilket står i modsætning til mange lægpersoners forståelse af livsstil, hvor 'livstil' anskues som 'levemåder'. Dette argument

Selv om kritikken fra Sobel, Backett og Davison er mere end 20 år gammel, er den stadig aktuel. I min litteratursøgning er jeg som nævnt stødt på mange forskellige forståelser og anvendelser af livsstilsbegrebet, hvilket medvirker til, at det kan være svært at få en klar ide om, hvad begrebet dækker over, og gør det udfordrende at anvende som analytisk begreb. Samtidig viser min litteratursøgning også, at det næsten tages for givet fra afsenderens side, at modtageren ved, hvad afsenderen refererer til, når begrebet bruges, til trods for ovenstående utydeligheder, og at afsenderen derfor ikke behøver komme med en beskrivelse af, hvad der menes med 'livsstil' (for lignende argument se bl.a. Coreil m.fl. 1985; Korp 2008).

Da omdrejningspunktet for mine analytiske diskussioner er deltagernes praktiseringer af livsstil og livsstilsforandringer, er det tydeligt, at en diskussion af begrebet og dets anvendelse og funktion i afhandlingen er nødvendig for at klarlægge den analytiske ramme, mine mål og argumenter.

Min diskussion af livsstilsforståelserne er struktureret omkring en historisk gennemgang af begrebets udvikling med fokus på en række ændringer i fortolkningerne af livsstil, som har central betydning for forståelsen og anvendelsen af livsstilsbegrebet i denne afhandling. Der er således ikke tale om en komplet begrebshistorisk redegørelse, men en række nedslagspunkter i begrebets udvikling og anvendelse, der bidrager til et indblik i (og et overblik over) de forskellige livsstilsforståelser, som er repræsenteret i den empiriske felt (jf. også Johansen 2005). Kriterierne for udvælgelsen af nedslagspunkterne er, at de på forskellig vis kommer til udtryk i den empiriske felt eller teoretisk kan belyse en central problemstilling i felten. Det historiske overblik leder til udviklingen af et etnografisk og praksisnært begreb om livsstil, som jeg efterfølgende anvender i analyserne af deltagernes livsstilsforandringer. Som det vil fremgå af min diskussion, har udviklingen i fortolkningerne og anvendelsen af livsstilbegrebet en central betydning for min forståelse af livsstil, idet de forskellige versioner på hver deres måde influerer på og kommer til udtryk i den empiriske kontekst.

udvikler Backett og Davison på baggrund af deres etnografiske undersøgelse af en gruppe englænders forståelser af livsstil og livsforløb, der viser, at livsstilsbegrebet blandt respondenterne dækker over den enkeltes sociale relationer, muligheder og råderum i hverdagen, lige så vel som forståelsen af livsstil kobles sammen med tid og tidligere erfaringer (Backett og Davidson 1995). En forståelse af livsstil som 'levemåder' er, som jeg vil diskutere i dette kapitel, også centralt for min tilgang til og forståelse for 'livsstil' i denne afhandling, hvor hverdagens rammer såvel som den enkeltes erfaringer og handlinger har betydning for fortolkninger af livsstil i den empiriske felt. I den forståelse er livsstil både kost og motion, sociale og familiære relationer, erfaringer og drømme samt normer og værdier.

Kulturanalytiske perspektiver på livsstil: Livsstil som kollektive normer og sociale mønstre

Historisk kan den analytiske interesse for menneskers forskellige livsmønstre og det deraf følgende begreb om livsstil og gruppers livsstil spores tilbage til den tyske sociolog, politiske økonom og filosof Karl Marx (1852), der som en af de første forholdt sig til livsstil som en analytisk kategori (Coreil m.fl. 1985; Abel 1991). Hos Marx var "the patterns of life which develop within a community [...] contingent upon the division of labour in a society, and the corresponding typing down of individuals to a particular calling" (Marx 1952, s. 171, i Coreil m.fl. 1985, s. 424). Livsstil var hos Marx et produkt af sociale gruppers arbejdsdeling og økonomiske status, dvs. økonomisk betinget (Coreil m.fl. 1985; Abel 1991; Backett & Davison 1995). I Marx' optik afhang gruppers forskellige livsstile i samfundet således primært af forskelle i indkomst og arbejdsfunktion, fordi indkomst og arbejdsfunktion medførte forskelle i livsmønstre og levekår.⁴⁸

Den norsk-amerikanske økonom og sociolog Thorstein Veblen tog udgangspunkt i ovennævnte marxistiske forståelse af livsstil, men kobkede begrebet om status til sin livsstilsforståelse (Veblen 1899). I bogen "The Theory of the Leisure Class" fra 1899 (2007) undersøgte Veblen forskellige sociale klasser og deres handlemønstre i USA i det 19. århundrede⁴⁹, og i relation hertil udviklede han det analytiske begreb conspicuous consumption (på dansk oversat til iøjnefaldende eller prangende forbrug). Begrebet refererede til folks (i Veblens studie ofte økonomisk velstillede borgere) iøjnefaldende høje forbrug, som Veblen argumenterede for, var et symbol på social status og stratificering (Veblen 2007). Dvs. at et højt forbrug af bl.a. mad, tøj og inventar ifølge Veblen var en måde at udvise sin rigdom og sociale status på (ibid.). For borgere som var mindre velstillet, blev det at kunne forbruge omvendt til en levemåde – dvs. en livsstil – som var eftertragtet, fordi det (igen) var tegn på status (ibid.). Hos Veblen afhang gruppers livsstil således

⁴⁸ Denne forståelse af livsstil som influeret af bl.a. indkomst og arbejdsstatus er stadig at finde inden for den kulturanalytiske tradition, bl.a. i det strukturelle livsformsbegreb (jf. bl.a. Højrup 1983, 1984; Holm og Jæger 2007) samt i folkesundhedsvidenskaberne (Holstein m.fl. 1997). I relation til sidstnævnte kommer det i Danmark bl.a. til udtryk i Folkesundhedsrapporterne (se bl.a. Kjølner m.fl. 2007; Christensen m.fl. 2012) og De Nationale Sundhedsprofiler (Christensen m.fl. 2011; 2014), hvor danskernes sundhedstilstand undersøges i relation til (udvalgte) socio-demografiske baggrundsvariabler, bl.a. indkomst, uddannelse, arbejdsstatus, ægtestand, alder, køn, selvrapporteret sundhed (Kjølner m.fl. 2007; Christensen m.fl. 2012).

⁴⁹ I studiet fokuserede Veblen på det han kaldte for "the leisure class" (i overført betydning 'overklassen' eller folk som økonomisk var velstillet), men han behandlede også i mindre omfang det han kaldte middel- og underklassen. I den klassiske sociologi var begrebet om klasse (og teorier om samfundsklasser) centralt for en forståelse af samfundets fordeling af magt og ressourcer. Her blev borgerne grupperet i og adresseret som tilhørende forskellige hierarkiske sociale kategorier, heraf betegnelserne over-, middel- og underklassen (Harrits 2013). I antropologien anvendes denne inddeling af folk eller borgere i samfundsklasser i langt mindre omfang.

ikke kun, som hos Marx, af den enkelte gruppes funktion på arbejdsmarkedet, men også af gruppens status i det pågældende miljø samt gruppens motivation for og arbejde med at fastholde og legitimere den tilkendte status (Veblen [1899] 2007; Coreil m.fl. 1985; Abel 1991; Backett & Davison 1995).

Næsten samtidig med Veblen beskæftigede den tyske økonom og sociolog Max Weber sig også med et begreb om livsstil eller livsførelse ('Stilizierung des Leben') (Weber [1900] 2003). I tobindsværket "Wirtschaft und Gesellschaft" (1990) diskuterede Weber bl.a. udviklingen af kapitalismen i Tyskland, og i sin analyse af det, han kaldte for sociale klassers forskellige handlingsmønstre i Tyskland, introducerede han begreberne livsbetingelser, livsmuligheder og sædvaner, der tilsammen udgjorde hans forståelse af livsstil (Weber [1990] 2003, se også Abel 1991).

Som hos Marx og Veblen var dannelsen af sociale klasser også hos Weber økonomisk betinget (Weber 2003, s. 30), og den strukturelle fordeling af – og rådigheden over – fx materiel ejendom medvirkede til specifikke livsbetingelser for en social klasse, som igen fik betydning for gruppens sociale status (ibid. s. 30). Livsstil eller livsførelse indvirkede dermed på – og var samtidig også et produkt af – gruppens socioøkonomiske status, herunder uddannelse, indkomst og arbejdsrelation (Weber [1990] 2003; se også Abel 1991; Bech Risør 2002). Foruden livsbetingelserne bestod Webers forståelse af livsstil også af det, han kaldte for 'lebensführung' (På dansk oversat til 'sædvaner') (Weber 2003, s. 213) og 'lebenschancen' (på dansk 'livsmuligheder') (Weber 2003, s. 32). Lebensführung henviste hos Weber til folks valg, intentioner og vaner, mens lebenschancen – livsmulighederne – var påvirket af de ovennævnte strukturelle livsbetingelser i samfundet (jf. Abel 1991, s. 900). Livsstil var dermed hos Weber betinget af både personlige valg og sædvaner og af socio-strukturelle forhold, og livsstil kom dermed til at repræsentere sammenhængen mellem sædvaner, livsmuligheder og livsbetingelser (Abel 1991, s. 900). Da begrebet først blev brugt, fungerede livsstil således primært som et analytisk begreb, der var forbundet med sociologien og en teoretisk interesse for, hvorledes mennesker og deres praksis er influeret af og en del af de sociale og økonomiske rammer og betingelser i samfundet.⁵⁰

⁵⁰ Det er bl.a. denne forståelse af livsstil, som ses i den medicinske sociologis analyser af folks livsstil i relation til sundhed, hvor socio-strukturelle forhold (uddannelse, indkomst, etnicitet og geografi) ofte fremhæves som betydningsfulde for folks sundhedspraksis og/eller social ulighed i sundhed (se bl.a. Abel 1991; Backett og Davison 1995; Frohlic m.fl. 2001; Cockerham 2005;

Livsstil som distinktion

En af de senere sociologer, som var inspireret af Webers (og Veblens) forståelser af livsstile som distinktion og forbrugsrelateret, og som ofte er blevet anvendt i kulturanalytiske studier af livsstile (se bl.a. Dahl 1997; Kuehn 1999, 2000; Gundelach og Kuehn 2000; Frohlic m.fl. 2001; Cockerham 2005; Korp 2008; Shim 2010; Abel og Frohlic 2012; Nettleton og Green 2014), er den franske sociolog Pierre Bourdieu og hans undersøgelser af smags-præferencer og sociale livsstile i Frankrig⁵¹ (Bourdieu 1984). I studiet undersøgte Bourdieu forskellige gruppers præferencer for kulturelle produkter, fx beklædningsgenstande eller bolig, og han argumenterede i relation hertil for en sammenhæng mellem kulturelle smagspræferencer og behov, social status samt klasse.

De kulturelle præferencer var hos Bourdieu influeret af den enkeltes opvækst og socialisering i en bestemt klasse eller statusgruppe (såvel som økonomiske midler og ære mv.) (Bourdieu 1984, s. 1). Dvs. at folks livsstil – som hos Weber – var et udtryk for de sociale og kulturelle sammenhænge, de var en del af. Livsstil og variationer af livsstile blev hos Bourdieu derfor også det eksplicitte udtryk for de forskellige gruppers ureflekterede praksis; det han med et analytisk begreb kaldte for deres habitus (ibid.). Med sit habitus-begreb adresserede Bourdieu den ureflekteret praksis, der er grundlagt i socialiseringen, og kommer til udtryk som det, vi gør uden at tænke over det (se bl.a. Bourdieu 1977, 1990). Det er med andre ord rutiner, som det kan være svære at ændre, fordi de ofte er ureflekterede.

Med habitusbegrebet blev livsstil således et udtryk for en forholdsvis stabil praksis: Det Bourdieu med reference til Weber også kaldte "a stylization of life", og som hos Bourdieu refererede til "a systematic commitment which orients and organizes most diverse practices (ibid. s. 55-56). Det er via sin habitus, at den enkelte – ofte ureflekteret, men til tider også reflekteret – udlever en bestemt livsstil: Handlemønstre og værdier ligger på ryggraden, og den enkelte er gennem sin

Abel og Frohlic 2012). De nævnte analyser af livsstil inden for den medicinske sociologi beskæftiger sig primært med, hvordan praksis skal fortolkes, og hvordan den enkeltes valg er 'betinget' af eller influeret af strukturelle omstændigheder (uddannelse, indkomst, alder, etnicitet etc.). Den medicinske sociologi sætter som i antropologien fokus på dialektikken mellem struktur og aktør, men i højere grad end i antropologien fokuseres der på aktøren som reflekterende og på sundhed som et valg (se bl.a. Abel 1991; Frohlic m.fl. 2001; Cockerham 2005).

⁵¹ Analysen var baseret på Bourdieus empiriske studier af middelklassen i Frankrig i 1963-1968.

habitus tilknyttet et socialt fællesskab baseret på samme livsstil. Livsstil var i Bourdieus optik således rutineret, ureflekteret samt socialdistribueret og derfor normbaseret.⁵²

Livsstil som kollektive, ureflekterede og stabile rutiner

Som det fremgår af ovenstående gennemgang har 'livsstil' i de kulturanalytiske traditioner op gennem de 19. og 20. århundrede fungeret som et analytisk begreb i primært sociologiske analyser af kollektive, stabile rutiner og måder at leve på. I relation hertil er 'livsstil' samt forskelle i livsstile i de sociologiske analyser ofte blevet knyttet til socioøkonomiske rammer og siden 1980'erne også til grupperes forbrugsvaner (se bl.a. Featherstone 1987, 1991; Bunton m.fl. 1995), identitetsprojekter (Se bl.a. Giddens 1991; Johansson og Miegel 1992; Chaney 1996; Jagose 2003; Bell og Hallows 2006) eller emner om sundhed og krop (se bl.a. Backett og Davison 1995; Frohlic m.fl. 2001; Cockerham 2005; Jallinoja m.fl. 2008, 2010; Jansen 2010; Will og Weiner 2014), der også er væsentlige forskningsemner i sundhedsvidenskaberne, og som samtidig også er min indgangsvinkel til et studie af livsstil og livsstilsforandringer. Men hvorfor bliver livsstil et sundhedsvidenskabeligt begreb? Og hvilken indflydelse får denne forskydning på begrebets anvendelse og betydning? Det undersøger jeg i næste afsnit.

Livsstil i de sundhedsvidenskabelige traditioner: Individuelle, risikable vaner

Livsstilsbegrebet begynder at optræde i sundhedsvidenskaberne fra midten af 1960'erne, hvor begrebet bliver introduceret som et parameter for enkeltpersoners valg og adfærd⁵³ (Coreil m.fl. 1985; se også Cockerham 2005). Denne forståelse af livsstil var bl.a. foranlediget af den østrigske psykolog Alfred Adler, der allerede i slutningen af 1920'erne begyndte at anvende livsstilsbegrebet ('styles of lives') i udviklingen af sine personlighedsteorier, primært i sin beskrivelse af folks individuelle adfærd (Ansbacher 1967; Coreil m.fl. 1985). I en af de første systematiske redegørelser for udviklingen af livsstilsbegrebet beskriver den tysk-amerikanske psykolog Heinz

⁵² Denne forståelse af livsstil er repræsenteret i den empiriske kontekst, idet det som nævnt er de rutinerede og ureflekterede praksisser, som deltagerne på livsstilskurset skal arbejde med for at få en sundere livsstil, hvilket bl.a. kommer til udtryk i opfordringen om at "slå autopiloten fra og refleksionen til" (Brændgaard og Sundhedsstyrelsen 2009). Tilsvarende er det blandt deltagerne de rutinerede praksisser, der volder besvær i deres forsøg på at ændre livsstil, bl.a. fordi de "ikke tidligere har tænkt over madvanerne og derfor stille og roligt er kommet ind i en dårlig vane" (Interview med Bjarne).

⁵³ Begrebet om adfærd er udviklet inden for psykologien (Behaviourismen) og refererer i behaviorismen til en målbar observerbar adfærd. Adfærdsbegrebet anvendes ikke umiddelbart i den kulturanalytiske tradition, hvor begrebet om handling, praksis, agens oftere anvendes til at beskrive folks handlinger og intentioner (Cohn 2014). Den norske antropolog Thomas Hylland Eriksen skelner i sin introduktion til antropologien mellem adfærd (behaviour) og handling (agency) (Hylland Eriksen 2010). Ifølge Hylland Eriksen refererer: "Behaviour [...] to observable events in humans or animals, whereas actions (or agency) implies that actors can reflect on what they do. It calls reflections to the intentional aspect of human existence [...] Agency thus implies that people know that they act even if they do not know the consequences of their acts (ibid. s. 52).

Ansbacher⁵⁴ Adlers brug af livsstilsbegrebet (1967). Ifølge Ansbacher kom livsstilsbegrebet hos Adler til at repræsentere "the purposiveness, goal-directness, unity, self-consistency and uniqueness of the individual; and of the ultimately subjective determination of his action" (Ansbacher 1967, s. 191). Livsstil var den enkeltes "particular style of life and goal [...] not built upon objective reality, but upon the subjective view the individual takes of the facts of life" (Adler 1956, s. 183 i Ansbacher 1967, s. 191). Hvor livsstil inden for sociologien som nævnt blev anvendt til at beskrive kollektive levemåder og relationen mellem kontekst (livsbetingelser og livsmuligheder) og praksis, kom livsstil i Adlers forståelse primært til at referere til individuelle levemåder, der hos Adler hovedsageligt var et resultat af folks personlige valg.⁵⁵

Det var Adlers forståelse af livsstil som en samlet betegnelse for enkeltpersoners individuelle og ofte reflekterede adfærdsmønstre, der op igennem 1970'erne og 1980'erne (dvs. i samme periode som Bourdieus analyse af smag og distinktioner udkom (1984)) begyndte at figurere i en sundhedsvidenskabelig (og efterfølgende sundhedspolitiske) kontekst (Coreil m.fl. 1985; Cockerham 2005)⁵⁶ – primært i relation til epidemiologiske undersøgelser af forekomster af sygdomme og forebyggelige foranstaltninger (se endvidere Coreil m.fl. 1985; Buchanan 2000; Cockerham 2005; Mathar og Jansen 2010; Carneiro og Howard 2011).⁵⁷

⁵⁴ Ansbacher var elev af Adler.

⁵⁵ Ifølge Ansbacher og Coreil m.fl. var socio-strukturelle forhold og deres indflydelse på folks handlinger også integreret i Adlers personlighedsteorier (ifølge Ansbacher bl.a. fordi Adler var inspireret af Folkert Wilken; der var en tidligere elev af Weber) (Ansbacher 1967; Coreil m.fl. 1985), men handlinger var hos Adler stadig "subjectively determined and influenced less by heredity and environment than by early childhood experiences" (Coreil m.fl. 1985, s. 426).

⁵⁶ Det er bl.a. Adlers livsstilsforståelse, som har influeret på udviklingen af psykologiske teorier og modeller om adfærdsforandring op igennem 1980'erne og 1990'erne, fx adfærdsmodellen, Behavioral change modellen, der er baseret på en forståelse af adfærdsforandring som stadier af faser. Tanken bag Behaviour Change modellen er, at subjektet gennemgår forskellige faser i en forandringsproces; en før-motivationel fase, en motivationsfase, en handlingsfase, en vedligeholdelsesfase og en tilbagefaldsfase (tilbage til start) (Prochaska og DiClemente 1986; Prochaska og Velasquez 2002). Det er en model, som også har været anvendt ved design af sundhedsinterventioner (Holstein m.fl. 1997; Bech Risør 2002; Ong m.fl. 2014).

⁵⁷ Denne forskydning af Adlers livsstilsforståelse fra psykologien til epidemiologien tydeliggøres også i en søgning på ordene 'lifestyle', 'life style' samt 'healthy lifestyle' og 'healthy life style' i den amerikanske database Pubmed (søgning januar 2016). (Pubmed er en amerikansk database opereret af det amerikanske nationale medicinske bibliotek (US National Library of Medicine) siden 1950. Det dækker over 24 mio. referencer til artikler fra mere end 4500 internationale biomedicinske og naturvidenskabelige tidsskrifter (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)). I årene 1945-1969 er kun enkelte studier indekseret under livsstilsbegrebet, primært psykologiske studier. Fra 1969 stiger antallet af artikler vedrørende livsstil (fx er der 41 artikler i 1970, og 127 artikler i 1971; til sammenligning er der 8798 artikler i 2015), dog stadig primært i relation til psykologiske studier af livsstile (fx alkoholmisbrug, homoseksualitet, eller forældre-børn relationer). Først fra midten af 1970'erne og årene efter er flertallet af 'livsstils'-artikler epidemiologiske studier af kroniske sygdomme og adfærdsmæssige risikofaktorer (se bl.a. Haggerty 1977; Upton 1978) eller publikationer omhandlende behovet for udviklingen af nationale forebyggelsespolitikker (se bl.a. Boykin 1977; Breslow).

Livsstil i epidemiologien

Epidemiologien er en sundhedsvidenskabelig fagdisciplin, som beskæftiger sig med forekomsten af sygdom og sundhed blandt befolkninger samt med årsager til og konsekvenser af disse sygdomme (Carneiro og Howard 2011; Van der Broeck og Brestoff 2013). Epidemiologien har som videnskabelig tradition eksisteret siden midten af det 19. århundrede⁵⁸, og den anses i dag for at være et videnskabeligt fundament i den kliniske medicin samt i folkesundhedsarbejdet (Petersen og Lupton 1996; Childress m.fl. 2002; Van der Broeck og Brestoff 2013).⁵⁹

I en grundbog fra 2011 definerer de engelske epidemiologer Ilona Carneiro og Natasha Howard epidemiologien som, "the study of the distribution of health states or events in specified population and the application of this study to control health problems. Health States or events usually refer to infections, illness, disability or death, but may also equally be used to refer to a positive outcome e.g. survival. Epidemiological studies describe the distribution of these health outcomes in terms of frequency and pattern. [...]. Determinants influence the frequency and pattern of health outcomes and are known as risk factors or protective factors, depending on whether they result in a negative or positive health outcome respectively" (Carneiro og Howards 2011, s. 5, se også Van der Broeck og Brestoff 2013). På baggrund af denne definition gælder det for epidemiologien, at a) forskningsobjektet er sygdom i befolkninger, frem for sygdom blandt enkeltindivider, b) at sygdomme ikke opstår tilfældigt, c) at der er en række årsagsfaktorer og præventive faktorer forbundet med udfaldet af en given sygdom, som kan lokaliseres gennem studierne af de nævnte befolkningsgrupper, og d) at sygdomme derfor kan forebygges. Gennem systematiske undersøgelser af forskellige befolkningsgrupper forsøger epidemiologerne således at identificere hyppigheden og årsagerne til en sygdomsforekomst, og ud fra viden om årsagerne forsøger de at slutte sig til forebyggende foranstaltninger for det enkelte individ.

⁵⁸ I publikationer, der omhandler epidemiologiens historiske udvikling bliver den epidemiologiske interesse for at kortlægge sygdomsforekomster og årsager blandt befolkninger ofte dateret længere tilbage end det 19. århundrede, bl.a. nævnes Hippocrates (ca. 400 BC) med sin tekst 'Air, Water og Place' ofte som foregangsmand for epidemiologien. Som videnskabelig disciplin blev epidemiologien dog først grundlagt i England i det 19. århundrede (se bl.a. Schneider og Lilienfeld 2008; Van der Broeck og Brestoff 2013).

⁵⁹ Ifølge Van der Broeck og Brestoff kan man skelne mellem en nordamerikansk og en europæisk tradition i epidemiologien. I den nordamerikanske tradition sidestilles epidemiologien med folkesundhed, dvs. epidemiologien er et synonym for folkesundhed (community medicine). I den europæiske tradition behandles epidemiologien og folkesundhed som to separate men interrelationelle discipliner, med fokus på epidemiologien som den videnskabelige disciplin, der bidrager med kvantitativ forskning til folkesundhedsvidenskaberne, og folkesundhed som det politiske og organisatoriske domæne, der på baggrund af bl.a. den epidemiologiske viden, organiserer og administrerer de nationale sundhedspolitikker (Van der Broeck og Brestoff 2013, s. 4).

Omdrejningspunktet for den epidemiologiske forskning er altså sygdomsårsager, og den primære forskningsmetode, som benyttes til disse undersøgelser, er statistiske beregninger og analyser, der anvendes med det formål at påvise statistiske korrelationer mellem faktorer og sandsynligheder for udfaldet af en sygdom. Dvs., at epidemiologer via statistikken forsøger at vurdere – ud fra ofte store mængder af observationsdata – hvilke enkeltfaktorer, der har størst betydning for udvikling af sygdom på individniveau, fx rygningens betydning for lungekræft eller en kalorierig kosts betydning for hjertekarsygdomme (Petersen og Lupton 1996; Buchanan 2000; Madsen og Strandberg-Larsen 2011; Carneiro og Howards 2011; Van der Broeck og Brestoff 2013). Relationen mellem befolkningsgruppe, hyppighed og årsag udgør et grundprincip i den epidemiologiske forskningsmetode, idet årsagen til en sygdom antages at kunne udledes fra undersøgelser af befolkningsgruppernes karakteristika og den enkelte sygdoms hyppighed i forskellige grupper (Petersen og Lupton 1996; Buchanan 2000; Madsen og Strandberg-Larsen 2011; Carneiro og Howard 2011). De er med andre ord kausalt afhængige; en given årsag medfører en given virkning.

Over tid har forståelsen af årsagerne til sygdomsudvikling i de forskellige befolkningsgrupper ændret sig, og dermed har det epidemiologiske forskningsobjekt også ændret sig. Dette skyldes særligt sociokulturelle forandringer, bl.a. forandringer i levevilkår blandt befolkningsgrupper, der medvirkede til nye typer af sygdomme og sundhedsproblematikker. Det er i denne sammenhæng, at begrebet livsstil bliver centralt i epidemiologien, fordi livsstil kobles til en forståelse af netop årsagerne til sygdom og sundhed samt til forebyggelsesproblematikken og dermed folkesundhedsarbejdet (Lupton og Peterson 1996; Buchanan 2000; Parascandola 2011; Van der Broeck og Brestoff 2013).

Den historiske udvikling i studier af livsstil i epidemiologien

I midten af det 19. århundrede, hvor epidemiologien blev etableret som videnskabsfelt (i første omgang i England og Frankrig), var formålet med de epidemiologiske studier at finde smittevejene for infektioner og smitsomme sygdomme, dvs. epidemier som kolera og tuberkulose, der var de primære dødsårsager blandt befolkningsgrupper i vestlige samfund. Perioden var præget af industrialiseringen, der medvirkede til, at flere europæiske lande oplevede en voldsom ekspansion pga. befolkningsvandring fra land til by, forårsaget af efterspørgslen efter arbejdskraft i byområderne. Den voldsomme vækst i beboerantallet, samt dårlige bolig- og hygiejniske forhold i byerne forringede livsbetingelserne for specielt de fattige, og på baggrund af dette var der

jævnlig udbrud af smitsomme sygdomme (Petersen og Lupton 1996; Porter 1999; Schneider og Lilienfeld 2008).

Fra politisk side var der en interesse i at sikre befolkningernes velbefindende og hæve levestandarden, fordi det kunne sikre befolkningernes evne til produktion og reproduktion samt begrænse statslige omkostninger til bl.a. fattigforsorg og sygepleje (Petersen og Lupton 1996; Porter 1999). Den statslige interesse for befolkningens helbred (der med udviklingen af velfærdsstaterne bl.a. er institutionaliseret i folkesundhedsarbejdet, jf. kapitel 3) var i første omgang ansporet af oplysningstidens idealer om demokrati og frihed, der var med til at gøre befolkningernes sundhed til en borgerrettighed og et anliggende for statslig styring gennem udviklingen af sociale reformer (ibid.). Reformerne var udarbejdet i henhold til resultaterne fra epidemiologiske studier af de smitsomme sygdomme, der bl.a. påviste en sammenhæng mellem smittekilder og dårlige sanitære forhold (Porter 1999, side 118-119 og side 128-129).⁶⁰ (I den kommunale sundhedsfremme er det som nævnt bl.a. de kommunale sundhedsprofiler, dvs. epidemiologiske undersøgelser af borgernes sundhedstilstand, der ligger til grund for udviklingen af forebyggende og sundhedsfremmende tiltag).

I det 20. århundrede ændrede det epidemiologiske fokus sig fra smitsomme sygdomme til især kroniske sygdomme, bl.a. kræft og hjerte-kar-sygdomme, fordi de nu udgjorde de primære dødsårsager. (De kroniske sygdomme fik senere betegnelsen livsstilssygdomme eller folkesygdomme, se bl.a. Vallgård 2011). Indførelsen af sanitære reformer, forbedringerne i hygiejniske forhold samt et højere indkomstniveau blandt borgerne grundet industrialiseringen medvirkede til forandringer i befolkningernes levestandarder og vaner, og den højere levestandard influerede på sygdomsforekomster og dødeligheden (Terris 1992; Buchanan 2000; Schneider og Lilienfeld 2012) (Bl.a. døde 55 procent af den amerikanske befolkning af

⁶⁰ Den engelske læge John Snow anses for at være en af grundlæggerne af den moderne epidemiologi. Gennem observationsstudier af forskellige befolkningsgrupper påviste Snow, at årsagerne til koleraepidemierne i England i midten af 1800-tallet var bakterier i vandforsyningen. Han var på den baggrund med til at etablere en grundlæggende viden om de hygiejniske forholds indflydelse på folkesundheden (se bl.a. Petersen og Lupton 1996; Buchanan 2000; Schneider og Lilienfeld 2008; Parascandola 2011; Van der Broeck og Brestoff 2013). Snøvs opdagelse af smittevejene til kolera blev efterfulgt af flere andre epidemiologiske fund, fx den franske biolog Louis Pasteurs udvikling af vaccinationer til brug ved bekæmpelse af bakterieinfektioner (1879), den engelske kirurg Joseph Listers indførelse af "karbolvand", en bakteriedræbende fenolopløsning ved sterilisering af operationsudstyr og sår i kirurgien, og den tyske læge Robert Kochs udvikling af Kochs postulat. Det er et postulat, der indeholder fire kriterier for at etablere en årsagssammenhæng mellem en mikrobe og en sygdom; at en bestemt bakterie findes i syge mennesker, men ikke i raske, at det er muligt at isolere bakterien fra den syge og dyrke den i en renkultur, at bakterien hvis den genindsættes i en rask person vil gøre personen syg, og at de to typer af sygdomsforekomster vil være identiske, hvis de sammenlignes. Postulatet blev bl.a. anvendt til at identificere årsagerne til tuberkulose og miltbrand (Buchanan 2000; Schneider og Lilienfeld 2008; Broadbent 2009).

hjertekarsygdomme i 1948, hvilket over en 10-årig periode var en stigning på 20 procent (Oppenheimer 2005)).⁶¹ Årsagerne til de nye sygdomme var i starten ukendte, og de manglende resultater førte til udviklingen af nye typer af studier, der i stedet for bakterier eller socio-strukturelle forhold var centreret omkring studier af mennesker og betydningen af levevaner, fx ryge- og/eller kostvaner for forekomster af de kroniske sygdomme (Terris 1992; Petersen og Lupton 1996; Buchanan 2000; Bech Risør 2002).

Framingham-studiet i byen Massachusetts i USA anses for at være et af de første studier, som adresserer og påviser en sammenhæng mellem levevaner og sygdomsforekomster (Buchanan 2000; Oppenheimer 2005; Schneider og Lilienfeld 2008). Studiet blev påbegyndt i 1947 som en kohorte undersøgelse, dvs. som et observationsstudie af et udsnit af en befolkningsgruppe over en længere periode (Van der Broeck og Brestoff 2013)⁶². I skrivende stund er studiet stadig i gang (se bl.a. www.framinghamheartstudy.org). Formålet med studiet var, gennem observation og systematiske undersøgelser, at undersøge årsagerne til hjertekarsygdomme, så de blev forbyggelige og mulige at kontrollere omfanget af (Dawber 1980). I publikationer udgivet i årene efter opstarten af studiet fremgår det, at de primære årsager til hjerte-kar-sygdomme var rygning, alkohol, overvægt, forhøjet blodtryk og kolesterol samt at motion kunne forebygge sygdomsudviklingen (se bl.a. Kannel 1961; Dawber 1980; Schneider og Lilienfeld 2012). (Disse faktorer antages stadig for at være blandt de primære årsager til hjerte-kar-sygdomme (www.hjerteforeningen.dk)). I Framingham-studiet var sygdomsforekomsterne således et resultat af en række forskellige årsagsfaktorer, der dog alle relaterede sig til individuelle vaner, som enten var negativt forbundet med eller forebyggende af hjerte-kar-sygdomme (Kannel m.fl. 1961, 1983).⁶³

⁶¹ Også i Danmark var hjertekarsygdomme (og kræft) de primære årsager til dødsfald. I en opgørelse fra Danmarks Statistik i 1949 fremgår det, at 15628 ud af 35981 dødsfald, dvs. 43 procent, i året 1948 skyldtes kræft og hjerte-kar-sygdomme (Danmarks Statistik 1949, s. 40 tabel 36).

⁶² I en kohorteundersøgelse interverneres der ikke i undersøgelsespopulationen (Van der Broeck og Brestoff 2013).

⁶³ Epidemiologien fokuserer ikke udelukkende på adfærdens betydning for sygdom og sundhed. Som vist arbejder forskere inden for epidemiologien med en forståelse af sygdom og sundhed som et resultat af en række af årsagssammenhænge, som potentielt set kan udløse sygdom, dog uden at det er givet, at sygdom vil forekomme. Denne række af årsagssammenhænge bliver i epidemiologien beskrevet som bestående af dels livsstil (her i forståelsen af usunde og sunde vaner) dels alder, køn og genetik, dvs. faktorer tæt på det enkelte menneske, og dels sociale og økonomiske omstændigheder samt miljømæssige forhold, der er faktorer, som ligger længere væk fra enkeltindividet (Dahlgren og Whitehead 1991; Krieger 1994; Kjølner m.fl. 2007; Madsen og Strandberg-Larsen 2011). Det er en forståelse, der som nævnt også kommer til udtryk i udarbejdelsen af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag i folkesundhedsarbejdet i dag, som både tager udgangspunkt i enkeltindviders forandringer i praksis (som fx livsstilskurset, hvor udgangspunktet for det sundhedsfremmende tiltag er deltagernes kost og motionsvaner) og i miljømæssige og sociale forandringer (som fx anlæg af cykelstier, fodboldbaner, rygeforbud og forbedringer af indeklima mv.) (Vallensbæk Kommune 2011;

Resultaterne fra Framingham-studiet blev de efterfølgende år fulgt op af andre lignende studier, bl.a. i Danmark, hvor 'Glostrupundersøgelsen' blev igangsat i 1964 med det formål at undersøge adfærdsfaktorer, dvs. individuelle vaner, med betydning for hjerte-kar-sygdomme (jf. www.kostforskning.dk for uddybende info om Glostrupundersøgelsen, der også går under navnet MONICA).⁶⁴ Det er med andre ord via studierne af de kroniske sygdomme, at livsstil bliver et anvendt (paraply)begreb til at adressere rækken af individuelle faktorer med betydning for sygdomsudvikling, bl.a. til brug i folkesundhedsarbejdet.

Som det fremgår, refereres der i de epidemiologiske undersøgelser – som i den kulturanalytiske tradition – også til 'livsstil' som vaner og rutiner. En væsensforskel er dog, at livsstil i førnævnte kulturanalytiske traditioner primært fortolkes som et udtryk for kollektive, rutinerede (og ofte ureflekterede) praksisser, mens epidemiologer overvejende refererer til en forståelse af livsstil som individuelle og i udgangspunktet risikable vaner (ureflekterede og reflekterede), hvor vaner altså udgør en risiko for helbred.

En anden forskel i livsstilsforståelserne kommer til udtryk i relation til princippet om forebyggelse, som det epidemiologiske livsstilbegreb er udviklet i henhold til. Med det epidemiologiske (og det sundhedspolitiske) mål om at forebygge sygdomme og fremme sundhed gennem adfærdsforandringer bliver begrebet om forandring centralt for livsstilsforståelsen i epidemiologien. Her bliver 'livsstil' en foranderlig størrelse; noget som den enkelte (ofte i samarbejde med andre) kan og bør ændre eller justere. Hvor livsstil i de kulturanalytiske traditioner ofte anvendes til at adressere sociale mønstre, rutiner og vaner, dvs. forholdsvist stabile praksisser, bliver 'forandring' et væsentligt element i den epidemiologiske forståelse af livsstil, idet det er forandringer i de usunde vaner, som er omdrejningspunktet for såvel som målet med de forebyggende foranstaltninger. Det er en livsstilsforståelse, der, som diskuteret, også kommer til udtryk på livsstilskurset, hvor deltagerne skal forandre deres usunde vaner. (Jeg vil

Parascandola 2011; Madsen og Strandberg-Larsen 2011). Til trods for inddragelsen af en række forskellige påvirkninger på sygdomsforekomster er det i epidemiologiske studier dog ofte den individuelle adfærd, som primært fremhæves eller undersøges som årsagen i studier af kroniske sygdomme (Petersen og Lupton 1996; Smith 2000; McKinlay og Marceau 2000). Dette er en af grundene til, at 'livsstil' i forståelsen individuel (risikabel) adfærd er blevet et centralt begreb i epidemiologien og efterfølgende folkesundhedsarbejdet. Dette fokus på folks individuelle livstile i epidemiologien kan ifølge den amerikanske epidemiolog Nancy Krieger hænge sammen med målet om forebyggelse, der som nævnt er et centralt princip i epidemiologien. Krieger peger på, at en generel antagelse inden for epidemiologien og folkesundhedsarbejdet har været, at det er 'lettere' at forebygge sygdomme eller usund livsstil gennem adfærdsændringer end gennem miljømæssige, logistiske eller sociale ændringer, der ofte er meget omkostningstunge og tidskrævende (Krieger 1994).

⁶⁴ Glostrupundersøgelsen blev efterfulgt af Østerbroundersøgelsen igangsat i 1976 (www.frederiksberghospital.dk). Østerbroundersøgelsen er stadig i gang.

diskutere forandringsbegrebet senere i kapitlet). Endvidere er det også gennem princippet om forebyggelse – og risikobegrebet, som diskuteres i nedenstående afsnit – at 'livsstil' i folkesundhedsarbejdet (og på livsstilskurset) bliver et normativt fænomen, der relaterer sig til 'det gode liv' (dvs. det i epidemiologisk forståelse sunde, sygdomsfrie liv), og hvad man bør gøre for at få eller opretholde det gode, sunde liv.

Risiko og risikofaktorer

Som det fremgår af ovenstående gennemgang, anvendes 'risiko' og 'risikofaktorer' i dag som betegnelser for epidemiologiske beskrivelser af sygdomsårsager, og risikobegrebet er derfor tæt knyttet til den epidemiologiske forståelse af livsstil: Det er folks usunde livsstil, som udgør en risiko for sygdom (se også bl.a. Petersen og Lupton 1996; Jansen 2010; Parascandola 2011; Van der Broeck og Brestoff 2013).

Sat i relation til livsstilskurset og deltagernes livsstilsforandringer er 'risiko' en del af det empiriske felt; dels fordi det indgår i den epidemiologiske forståelse af livsstil, som livsstilskurset og den kommunale sundhedsfremme relaterer til, dels fordi omdrejningspunktet for livsstilskurset er de usunde vaner, som antages at være årsagen til deltagernes overvægt og den øgede risiko for pådragelse af livsstilssygdomme. Det er desuden ønsket om at reducere disse sygdomsforekomster blandt borgere i kommunen, som er målet med den lokalkommunale sundhedsfremmende indsats. Blandt flere af deltagerne var det tilsvarende usikkerheden og angsten for at blive syg, dø eller ikke være en aktiv del af deres familie i fremtiden, der i første omgang fik dem til at tilmelde sig kurset. Men hvordan begrebsliggøres risiko i den epidemiologiske forskning, og hvordan bliver risiko en del af livsstilsforståelsen?

Begrebet risiko(faktorer) blev bl.a. introduceret til epidemiologien gennem det tidligere nævnte Framingham-studie (Kannel m.fl. 1983; Jansen 2010). Her blev 'risiko' knyttet til det enkelte individ og defineret som en (eller flere) individuelle handlinger eller prædispositioner, der potentielt set kunne lede til sygdom, hvis forskellige sygdomsmarkører mødtes i en statistisk beregning af forholdet mellem befolkningsgruppe, sygdomshyppighed og mulige årsagsfaktorer (Kannel m.fl. 1983, s. 309). Altså hvis den pågældende handling eller fysiologiske sammensætning var kausalt forbundet med udviklingen af sygdomme. Forventningen var (og er), at statistiske beregninger af risikofaktorerne ved en given individuel adfærd i en gruppe af mennesker kan samles og udregnes

som en generel numerisk værdi, der forudsiger sygdomsudviklinger i befolkninger (Otto 2001, s. 152). Hermed bliver 'risiko' et objektivt kriterium, epidemiologer kan udpege og beregne værdien af gennem studier af mennesker og deres vaner (ibid.), dvs. deres livsstil.

For forskere inden for epidemiologien relaterer risikobegrebet derfor til en potentielt fremtidig hændelse på baggrund af en præsens praksis; en fremtidig potentiel hændelse, der samtidig skal give anledning til ændringer i praksis her og nu for at forsøge at ændre den eventuelle fremtidige situation. Risikobegrebet er således i epidemiologien tæt forbundet med forståelser af tid: fortid, nutid og fremtid, og risiko bliver på den baggrund en ramme, hvor ud fra man forstår personer i tid og kroppens tidslighed som noget, man skal tilegne sig en viden om for at opnå større kontrol med kroppe og potentielle sygdomsudviklinger. Ved at sammenligne fortid med nutid (for en stor mængde af personer) håber man i epidemiologien at kunne lave forudsigelser om fremtiden, som vil gøre den enkelte opmærksom på potentielle udfald af en given handling eller en genetisk disposition, så han/hun på baggrund af denne viden kan handle på måder, der retter sig mod en optimal fremtid.

At en bestemt risikofaktor er til stede, er imidlertid ikke ensbetydende med, at en sygdom nødvendigvis udvikler sig (Kannel m.fl. 1983, s. 311; Se også Petersen og Lupton 1996; Rose 2010; Parascandola 2011). Eksempelvis kan nikotin fra rygning forårsage hjerte-kar-sygdomme, men det er ikke givet, at rygning altid vil resultere i udviklingen af disse sygdomme. Det kommer an på spillet mellem nikotinen og andre potentielle risikofaktorer for hjerte-kar-sygdomme. Desuden er der også rygere, som ikke udvikler hjerte-kar-sygdomme, ligesom der er ikke-rygere, der får problemer med hjerte-kar-sygdomme af andre årsager end nikotinen, fx fedme (Kannel m.fl. 1983; Se endvidere Krieger 1994; Smith 2000; Parascandola 2011 for lignende forståelser af risikofaktorer).

På grund af denne komplekse sammenhæng mellem årsagsfaktorerne, som Framingham og de senere studier af kroniske sygdomme forsøger at identificere, er det ikke muligt at komme med endegyldige svar på sygdomsforekomsterne. Det er i relation til denne usikkerhed, at risikobegrebet bliver anvendeligt. Med 'risiko' som forståelsesramme kan viden og informationer om årsagerne til sygdomsforekomster formidles i sandsynligheder og mulige udfald frem for deterministiske termer (Hacking 1990; Cohn 2000; Broadbent 2009; Jansen 2010; Parascandola

2011). Udviklingen af begreberne om 'risiko' og sandsynlige 'risikofaktorer' i studier af sygdom kan – i relation til livsstilsbegrebet – dermed kobles sammen med det stigende fokus på forebyggelse i epidemiologien og folkesundhedsarbejdet, der som nævnt var fulgt i kølvandet på undersøgelser af de kroniske sygdomme (Broadbent 2009; Parascandola 2011).

I et kritisk studie af udviklingen af de probabilistiske epidemiologiske modeller argumenterer den amerikanske epidemiolog Mark Parascandola bl.a. for, at epidemiologer på grund af kompleksiteten og usikkerheden i de kroniske sygdommes ætiologi var motiveret for at anvende det, han benævner "a probabilistic, multi-causal model". Det var ikke kun, fordi det var "a better approximation to nature but because they perceived its flexibility as more supportive of public health intervention" (Parascandola 2011. s. 233). Parascandolas pointe er, at risikobegrebet kan anvendes til at legitimerer forebyggende interventioner blandt forskellige befolkningsgrupper. Det skyldes, at der i risikobegrebet – ud fra et moralsk perspektiv – er integreret en bevæggrund for at intervenere (der er risiko for sygdomsudvikling ved en given usund adfærd), men også fordi det med risikobegrebet er muligt at tage højde for afvigelserne i sygdomsudviklingerne, dvs. de nævnte tilfælde, hvor en given sygdom ikke udvikler sig til trods for tilstedeværelsen af risikofaktorer, eller hvor sygdomme udvikler sig til trods for forebyggende foranstaltninger (se endvidere Cohn 2000; Jansen 2010 for lign. argument).

Med risikobegrebet forventede man i epidemiologien, at man bedre kunne adressere og tilpasse sig de faktuelle hændelser i folks liv, der foruden sundhedsforskrifterne også ville have en indflydelse på folks forståelse af sygdomme og sundhed og derfor for folks handlinger (Krieger 1994; Petersen og Lupton 1996; Parascandola 2011). Pointen er, at epidemiologer via begrebet 'risikofaktorer' forsøger at 'synliggøre' årsagerne til de kroniske sygdomme, så de (sygdommene) forventeligt også bliver forebyggelige (hvis/når borgerne tager informationerne til sig) (Jansen 2010). Antagelsen bag denne kobling mellem risikofaktorer og forebyggelse er, at man via klassificeringen af risikofaktorer som rygning, alkohol, inaktivitet, fedme og kalorierig kost kan gøre årsagerne til sygdomme forståelige og håndterbare for borgere. Det er bl.a. fordi sygdomsårsagerne konkretiseres ved hjælp af informationer om risiciene forbundet med usund livsstil (fx 'rygere er i risiko for at udvikle lungekræft'; 'overvægtige er i risiko for at udvikle Diabetes 2'). Og fordi sygdomsårsagerne bliver håndterbare (det er i hvert fald håbet) via opfordringer om og hjælp til adfærdsforandringer (ibid.).

Denne formodning var (og er i flere tilfælde også stadig) baseret på en forventning om, at informationer om risici forbundet med specifikke rutinerede praksisser kan få folk til at ændre deres usunde rutiner, fordi det vil være til deres eget bedste (Petersen og Lupton 1996; Jansen 2010; Parascandola 2011). Præciseringen af risiciene for at udvikle eventuelle sygdomme og/eller død i en tidlig alder ledte derfor til en forventning om, at folk vil være villige til at tage deres forholdsregler, når det gælder egen sundhedstilstand og forventet levetid, fordi de formodes at have en interesse i at leve sundt (Se bl.a. Bunton, Nettleton og Burrows 1995; Petersen og Lupton 1996; Cohn 2000; Bech Risør 2002, Rose 2009; Jansen 2010). Integreret i risikobegrebet og dermed det epidemiologiske livsstilsbegreb er således en forståelse af mennesker som rationelle individer, der på baggrund af viden om risikofaktorer ved en usund livsstil vil tage de – i en sundhedsfremmende optik – rette valg.

Kulturanalytiske perspektiver på risiko

Antagelsen om, at viden om risikofaktorer samt formidlingen af de numeriske risikoestimer vil få folk til at ændre vaner hen imod en mere hensigtsmæssig (sund) praksis, problematiseres i flere kulturanalytiske studier af oplevelser af sygdom og sundhed blandt borgere. Her argumenteres generelt for en mere kompleks forståelse af 'risiko' i relation til folks hverdagsliv og erfaringer. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at der sættes fokus på 'risiko' som en sociokulturel konstruktion, der relaterer sig til uvisheden og det ubestemte i livet, og som tillægges en betydning i hverdagslivet, både i relation til egen eller befolkningers krop(pe) og sundhed/sygdom og i relation til erfaringer og håb, sociale relationer, sociokulturelle rammer og betingelser samt identitetskonstruktioner (se bl.a. Davison m.fl. 1992; Cohn 2000; Novas og Rose 2000; Honkasalo 2006; Zinn 2008; Jansen 2010).

Simon Cohn diskuterer i et studie af en gruppe diabetespatienter, hvordan patienterne forholder sig til deres diagnoser og relaterede risici ud fra egne og andres erfaringer med sygdomme samt ud fra en forståelse af bl.a. skæbne (Cohn 2000, se også Davison m.fl. 1992 for lign. argument gældende for en gruppe borgere i Wales, England). I Cohns studie har sundhedspersonalets præcisering af risici forbundet med diabetes ikke en egentlig indflydelse på patienternes praksis; nærmere tværtimod, er Cohns pointe. Komplexiteten i de epidemiologiske modeller er ifølge Cohn med til at afvikle den ansvarsfølelse, som epidemiologer og sundhedsprofessionelle forsøger at skabe ved folk (ibid. s. 207). Det sker bl.a. fordi den usikkerhed, som er forbundet med

risikobegrebet, medvirker til, at patienterne ikke finder det meningsfuldt at ændre på deres praksis, fordi ingen med sikkerhed kan vide om ændringerne, fx det at holde op med at ryge eller at spise fedtfattig kost, faktisk vil have en positiv effekt på den enkeltes diabetesudvikling (ibid.). Denne overbevisning understøttes af de kontrasterende oplysninger, fx at kaffe er sundt den ene dag og usundt den næste dag, der tilsvarende giver patienterne en oplevelse af, at de sundhedsvidenskabelige råd til stadighed er under forhandling og foranderlige, også internt i sundhedsvidenskaberne, og derfor ikke 'til at regne med' (ibid. s. 215). Pointen hos Cohn er, at diabetespatienterne i højere grad fortolker deres sygdomme og deres fremtid ud fra deres (eller andres) tidligere erfaringer. Dette argument er også interessant i relation til deltagerne på livsstilskurset, hvor egne og andres erfaringer også har betydning for forsøgene på at forandre livsstil. Det er derfor en problemstilling, jeg vil vende tilbage til i kapitel 8.

Sammenfattende viser Cohns studie, hvordan forståelser af risici er både kontekstuelle og relationelle, og studiet bliver særligt interessant i nærværende studie af livsstil og livsstilsforandringer, fordi det illustrerer, hvordan risiko ligesom livsstilsbegrebet er et komplekst begreb, der må forstås i relation til den sociokulturelle udvikling og til folks hverdagspraksis og rationaler. Som det fremgår af mine diskussioner, gør det samme sig gældende for livsstilsforståelserne på livsstilskurset og i den kommunale sundhedsfremme. På baggrund af de forskellige livsstilsforståelser og mit feltarbejde på livsstilskurset vil jeg derfor i nedenstående afsnit diskutere livsstil også som et etnografisk og praksisnært analytisk begreb. Formålet er at åbne for en analyse af deltagernes erfaringer med at ændre livsstil.

Livsstil som 'levede erfaringer'

I ovenstående gennemgang af livsstilsbegrebets udvikling fremstår den kulturanalytiske og den epidemiologiske livsstilsforståelse på flere måder som modsætninger mellem på den ene side en forståelse af livsstil som grupperes måder at leve på, dvs. stabile sociale mønstre og rutiner, normer og værdier, og på den anden side en forståelse af livsstil som enkeltpersoners (eller befolkningsgrupperes) uhensigtsmæssige (risikable) individuelle adfærd, som kan (og bør) forandres for at undgå sygdom. I de tidligere kritiske diskussioner af livsstil fremstilles den epidemiologiske og den kulturanalytiske livsstilsforståelse ofte netop som modsætninger. Det ses bl.a. i den medicinske sociologi, hvor de to livsstilsforståelser fremstilles som to poler i en struktur-aktør-

debat, i den forståelse, at den sociologiske tilgang (forenklet set) adresserer betydningen af socio-strukturelle omstændigheder på praktiseringer af livsstil, dvs. 'struktur', mens epidemiologien forholder sig til livsstil som et individuelt anliggende og valg, dvs. 'aktør' (se bl.a. Krieger 1994; Backett og Davison 1995; Smith 2000; Frohlic m.fl. 2001; Cockerham 2005).

Kritikken fra den medicinske sociologi i relation til det epidemiologiske livsstilsbegreb går dels på epidemiologiens manglende fokus på kontekstuelle forholds indflydelse på folks helbredstilstand i studierne af sygdom og sundhed (se bl.a. Abel 1991; Backett og Davison 1995; Frohlic m.fl. 2001; Cockerham 2005; Korp 2008), dels på diskrepansen mellem den epidemiologiske forståelse af livsstil og folks hverdagsforståelser (Backett og Davison 1995). I epidemiologien anerkender flere epidemiologer ovennævnte kritik og kritiserer samtidig faget for at negligere socio-strukturelle og kontekstuelle årsager til sygdom til trods for det epidemiologiske grundprincip om multikausalitet (dvs. sygdom som et resultat af en kompleks sammenhæng mellem køn, alder, arv, livsstil, sociale relationer og miljø samt sociokulturelle og økonomiske forhold) (se bl.a. Morrow 2004; McKinlay og Marceau 2000; Parascandola 2011). Kritikken har dog ikke givet anledning til en egentlig revidering af epidemiologiske modeller, begreber og grundprincipper eller til gennemførelse af studier af borgeres praksis (McKinlay og Marceau 2000; Smith 2000; Ong m.fl. 2014).

Mit formål i dette afsnit er ikke at kritisere eller evaluere de to forståelser af livsstil, men at diskutere og tage udgangspunkt i de forskellige variationer af 'livsstil' for herigennem at opbygge en bredere og mere rummelig livsstilsforståelse. Den forenklede og kontrasterende opdeling mellem livsstil som kollektive stabile mønstre og livsstil som individuelle foranderlige risikofaktorer skal derfor i dette afsnit danne udgangspunkt for en diskussion af de specifikke elementer, som jeg i det følgende inddrager i udviklingen af et alternativt livsstilsbegreb.

I udviklingen af et livsstilsbegreb anerkender og inddrager jeg de kulturanalytiske og epidemiologiske livsstilsforståelser, fordi de danner baggrund for både mit analytiske blik og for den kommunale og individuelle sundhedsforståelse og -praksis på livsstilskurset. Men jeg supplerer dem med et praksisnært etnografisk perspektiv, der sætter fokus på livsstil som 'levede erfaringer', idet den konkrete situation, livsstilskurset udfolder sig i, netop kan ses som et skæringspunkt mellem forskellige interesser (kommunale, samfundspolitiske, individuelle og

familiære, mm.), sociale muligheder (inkl. kropslige) og situerede forhandlinger, hvor deltagernes levede erfaringer og deres livsverden/hverdag er centrale.

Begrebet 'levede erfaringer' er oprindeligt et fænomenologisk begreb, som den kulturanalytiske forskningstradition har taget til sig.⁶⁵ I denne tradition (antropologien specifikt) refererer 'levede erfaringer' til et etnografisk fokus på folks tanker og erfaringer i 'lokale moralske livsverdener'⁶⁶ i studier af menneskelig praksis (Kleinman 1995; Jackson 1996). Begrebet anvendes bl.a. til at sætte fokus på praksis som værende kropslig, social og moralsk (se bl.a. Kleinman 1995, 2006; Jackson 1996; Grøn 2004; Mattingly 2012). I henhold hertil anvender jeg 'levede erfaringer' til at sætte fokus på livsstil og livsstilsforandringer som praksisser, der er kontekstuelle og situerede, sociale og kropslige samt æstetiske og moralske, og som finder sted i en foranderlig og usikker hverdag præget af håb, drømme og kreative forhandlinger mellem muligheder og begrænsninger (se også Grøn 2004 for lignende tilgang til studier af livsstilsforandringer).⁶⁷

Min hensigt med et etnografisk studie af livsstil og livsstilsforandringer er dermed ikke blot at beskrive en gruppes livsstil som i de tidligere kulturanalytiske studier af livsstile eller at redegøre for risikofaktorerne ved en given livsstil som i epidemiologien, men at undersøge, hvordan 'livsstil' udfolder sig i praksis i relation til deltageres tanker, erfaringer og strategier med/for at ændre deres (og familiens) rutinerede praksisser. Et studie af livsstil som levede erfaringer kan dermed bidrage til en forståelse af de mikro-praksisser (materielle, kropslige, sociale og moralske praksisser), som aktiveres og tillægges betydning i deltagernes forsøg på at forene idealet om en sundere livsstil med ønsket om et balanceret og godt liv, uden at jeg dermed overser, at politiske debatter og agendaer såvel som kulturelle og sociale rationaler og normer indvirker på deltagernes hverdagsforståelser og praktiseringer af livsstil og livsstilsforandringer (Grøn 2004).

⁶⁵ Fænomenologien er en filosofisk retning grundlagt af Edward Husserl. Det er det videnskabelige studie af erfaringer (Jackson 1996).

⁶⁶ 'Local moral worlds' er et begreb udviklet af antropologen Arthur Kleinman (Se bl.a. Kleinman 1992, 1995). Formålet med begrebet er at sætte fokus på 'the microcontexts of daily life', som han definerer: "The field where macro-level socioeconomic and political forces are played out in particular life-settings, and the experience of illness is constituted intersubjectively as a particular oral reality" (Kleinman 1992, s. 171-173 i Jackson 1996, s. 6).

⁶⁷ Jeg er med denne forståelse af 'levede erfaringer' især inspireret af den danske antropolog Lone Grøns anvendelse af begrebet 'levede erfaringer' i hendes Ph.d.: "Winds of change, bodies of persistence" (2004), hvor hun – som jeg – sætter fokus på agens som kontekstuel, betydningsfuld, social, situeret, kropslig, æstetisk og moralsk samt en håbefuld praksis, der finder sted i en foranderlig og usikker verden, hvor signifikante rutiner, situerede bekymringer og kropslige praksisser influerer på forandringer af rutinerede praksisser (ibid.).

Livsstil som hverdagsforståelse og hverdagspraksis

Diskussionerne af de forskellige forståelser og tilgange til livsstil leder mig til en livsstilsforståelse, der som nævnt trækker på både den kulturanalytiske tilgang til livsstil som kollektive måder at leve på, den epidemiologiske forståelse af livsstil som individuelle risikofaktorer og etnografien, der med et fokus på livsstil som levede erfaringer supplerer de to andre livsstilsforståelser med en forståelse af livsstil i relation til drømme og erfaringer, oplevede og kreativt forhandlede muligheder og begrænsninger samt en ide om balance. På baggrund af dette, bliver 'livsstil' i afhandlingen derfor holdt åbent som et begreb for 'måder at leve på', der både relaterer sig til rutinerede praksisser og intentioner (også de vaner, der er relateret til sundhed og sygdom) og til sociale relationer. Og et begreb som inddrager en forståelse af livsstil som influeret af sociokulturelle omstændigheder og rammer (arbejde, tid, forventninger og normer mv.), kropslig kunnen og forsøg på – gennem kreative og pragmatiske forhandlinger – at skabe en balance mellem oplevede begrænsninger og muligheder i hverdagen. Med andre ord forstår jeg livsstil som kropsligt forankret, som socialt funderet og medieret (kollektive normer og værdier) samt som et moralsk anliggende. Livsstil er individuelle vaner men også sociale mønstre, ligesom livsstil både relaterer til stabile kropslige praksisser i form af rutiner og vaner og til refleksive og foranderlige praksisser i form af justeringer og forandringer i de rutinerede praksisser.

Forandring

Som det fremgår af ovennævnte knytter jeg begrebet om forandring til min livsstilsforståelse. Forandring er en transformation fra én tilstand til en anden tilstand i tid og rum, dvs. en mental og fysisk flytning. En forandring er ofte et resultat af et ønske om at ændre på nogle ting, fx et ønske om at bygge til og få mere plads eller om at begynde at motionere for at tabe sig (Shove 2007; Shilling 2008).

Forandringer igangsættes dog ikke altid af en bevidst intention om at ændre på sig selv eller på ting i ens fysiske miljø. En forandring kan også være resultatet af en hændelse, en erfaring eller en tilpasning i hverdagen, der igangsætter behovet for eller nødvendigheden af at foretage en forandring (Dewey 1925; Shilling 2008). For deltagerne på livsstilskurset kommer dette til udtryk på forskellige måder. Fx indebærer nedlæggelse af et motionslokale på arbejdspladsen, at deltageren Helge må finde alternative træningslokaler eller andre måder at være fysisk aktiv på i sin hverdag.

Tidsdimensionen er til stede, fordi bevæggrundene for forandring trækker på fortid, nutid og fremtidige ønsker. Fx vil deltageren Carlo gerne tabe sig og leve sundere, fordi han ikke føler, at han er i samme form, som da han var yngre, og han erfarer, at han mister pusten, når han går hurtigt op af trapperne (Interview med Carlo).

Ifølge den engelske sociolog Elisabeth Shove er en forandring et resultat af et ønske om at ændre på nogle ting, som de er lige nu og her, og forandringen realiseres via brugen af tidligere erfaringer og materielle instrumenter (Shove 2007). Ønsket om at tabe sig ved at blive mere fysisk aktiv og begynde at cykle på arbejdet forudsætter, at den enkelte deltager har eller anskaffer sig en cykel og samtidig besidder evnen til at cykle eller til at holde balancen i første omgang, mens kunsten af cykle tillæres. Rumligheden inkluderes i og med, at en forandring ofte indebærer en anden fortolkning af det fysisk og psykiske rum end tidligere. Man bliver fx opmærksom på at tage cyklen frem for bilen og undersøger cykelruterne i stedet for motorvejen, når man skal på arbejde, man bliver mere opmærksom på de sunde frem for de usunde fastfood tilbud, eller man fortolker velvære anderledes end tidligere.

En forandringsproces har derfor altid en tidslig og rumlig dimension, som i relation til sundhedsfremme bliver væsentlig, fordi tid – erfaringer, aktuelle muligheder og drømme – samt rum (bl.a. hjem, arbejdsplads og lokalområde) får en betydning for processen. Og det er en betydning, som rækker ud over og derfor er mere nuanceret end den epidemiologiske tidsforståelse, der som nævnt primært får en betydning i relation til en forståelse af risiko. Det interessante i relation til livsstilskurset og deltagernes livsstilsforandringer er dog ikke, hvorvidt tid/rum-dimensionerne er til stede i felten (det er de altid), men hvordan og hvorfor tid/rum får en betydning for deltagernes forsøg på at ændre vaner.

Til at undersøge dette anvender jeg en analytisk skelnen mellem hændelse og begivenhed (Hastrup 1992). Ifølge den danske antropolog Kirsten Hastrup adskiller en begivenhed sig fra en hændelse ved at blive fortolket som betydningsfuld fra den definerende verdens synsvinkel, dvs. deltagernes og underviserens synsvinkel. Det er betydningen af hændelsen i en konkret kulturel kontekst, der gør den til en begivenhed (ibid. s. 6). Ved at sætte fokus på, hvordan livsstilskurset på forskellig vis bliver til 'en begivenhed' i deltagernes forsøg på at ændre rutiner, undersøger og udforsker jeg hvordan livsstil og livsstilsforandringerne udfolder sig i tid og rum, og derfor, hvordan

forbindelserne mellem deltagerne, livsstilskurset (begivenheden) og de moralske perspektiver helt konkret folder sig ud i forandringsprocesserne.

Delkonklusion

Jeg har i dette kapitel diskuteret livsstilsbegrebet og forståelsen og anvendelsen af begrebet i afhandlingen. Som mine diskussioner viser, er 'livsstil' et kulturanalytisk og et sundhedsvidenskabeligt begreb såvel som et hverdagsfænomen, der (derfor) rummer mange betydninger og forståelser. I de kulturanalytiske traditioner refererer 'livsstil' overvejende til kollektive og forholdsvist stabile måder at leve på, mens det i epidemiologien primært fortolkes som individuelle risikable vaner, der bør forebygges for at undgå sygdom. På baggrund af de forskellige forståelser samt mit studie af livsstilskurset og deltagernes livsstilsforandringer har jeg i kapitlet argumenteret for en forståelse af livsstil som stabile, kollektive og rutinerede praksisser, der er potentielt foranderlige; og som blandt deltagere på livsstilskurset tilsvarende er en forandringsproces karakteriseret af drømme, håb, moralske forpligtelser og kreative forhandlinger mellem muligheder og begrænsninger i hverdagen. I nærværende studie er begrebet om livsstil således en analytisk ramme, hvorigennem jeg undersøger konkrete og situerede forsøg på forandringer og justeringer i rutinerede praksisser og de betydninger, som livsstilskurset og disse forsøg på forandringer tillægges af deltagerne på livsstilskurset.

I næste kapitel vil jeg præsentere mine metodiske valg og redegøre for undersøgelsens forskningsdesign.

5 Feltarbejde på og omkring livsstilskurset

Mit studie af livsstilskurset og deltagernes livsstilsforandringer bygger på et etnografisk feltarbejde, der strækker sig over en periode på to et halvt år med varierende intensitet. Feltarbejdet har hovedsageligt bestået af deltagerobservation på livsstilskurset samt interviews med deltagerne og underviseren.⁶⁸

Som det fremgår af de foregående kapitler, har min deltagelse på livsstilskurset og min forskningsinteresse for forståelser og praktiseringer af livsstil og livsstilsforandringer dog også ført mig ind i andre empiriske sammenhænge, der grænser op til og integrerer mit undersøgelsesfelt, bl.a. har jeg foretaget deltagerobservation i sundhedsafdelingen i Vallensbæk Kommune samt på et Små skridt seminar for sundhedsprofessionelle. Jeg har interviewet sundhedschefen i Vallensbæk Kommune samt udvikleren af Små Skridt konceptet Per Brændgaard, og jeg er yderligere blevet introduceret til mit undersøgelsesfelt og herunder specifikt forebyggelse og sundhedsfremme gennem en række skrevne kilder. Formålet med mine bevægelser rundt i de omkringliggende lokationer har været at få indsigt i (og samtidig afgrænse) en del af feltets analytiske dybde og kompleksitet, bl.a. fordi det kan bidrage til en nuanceret forståelse af hændelserne på livsstilskurset samt deltagernes refleksioner og praksis.

Selv om de efterfølgende analytiske kapitler hovedsageligt bygger på data fra livsstilskurset og mine interviews af deltagerne og underviseren, er mit felt således ikke et afgrænset og homogent felt, men en praksis og en problemstilling som optager mange forskellige aktører og derfor også udspiller sig i forskellige situationer (jf. også Marcus 1995; Amit 2000; Rud 2010). Med bevægelserne rundt til de forskellige lokationer har jeg forsøgt at imødekomme denne kompleksitet bl.a. ved at åbne for og tilegne mig en forståelse af livsstilskurset og deltagernes praksis også i relation til sociokulturelle og institutionelle sammenhænge og regelmæssigheder (jf. bl.a. kapitel 3 og 4).

Eftersom mit feltobjekt i denne afhandling er deltagernes forståelser og praktiseringer af livsstil og livsstilsforandringer, vil jeg i nedenstående afsnit primært redegøre for mit feltarbejde på livsstilskurset og mine interviews af deltagerne. Dette vil jeg gøre ved at diskutere de anvendte

⁶⁸ Mit feltarbejde kan dateres til perioden forår 2010-vinter 2013.

metoder i forhold til datagenerering og de valg og fravalg, som jeg har foretaget undervejs i mit feltarbejde.

Metoderne i feltarbejde

Deltagerobservation og interviews udgør som nævnt de primære metodiske praksisser i mit feltarbejde. Valget af de to praksisser skyldes, at de giver adgang til forskellige typer af viden, som hver især bidrager til belysning af deltagernes praktiseringer af livsstilsforandringer. Gennem deltagerobservation og interviews får jeg adgang til deltagernes såvel verbale som kropslige praksis i afhandlingens tid og rum (Otto 1997; Bech Risør 2002). Den verbale praksis bidrager til viden om, hvordan livsstil og livsstilsforandringer beskrives og fortolkes af deltagerne både som deltagere på livsstilskurset og som 'privatpersoner' i hjemmene, dvs. refleksioner over erfaringer og konkrete hændelser. Den observerede, kropslige praksis siger noget om, hvordan deltagernes hverdagspraksisser konkret tager sig ud, ligesom den giver indsigt i forholdet mellem forståelser og praksis, dvs. om de refleksive overvejelser udleves i praksis (ibid.). Tilsammen giver interview og deltagerobservation en indsigt i forståelser og praktiseringer af livsstil og livsstilsforandringer blandt deltagerne samt i de betydninger, som deltagerne tillægger deres forsøg på at ændre vaner. Altså også forhold som kan være svære at læse sig til og som derfor må erfares og observeres (Davies 1998).

Som en del af datagenereringen har jeg også læst og orienteret mig i en række skrevne kilder bl.a. policy dokumenter, forskningslitteratur og pressemeddelelser, der adresserer emner om forebyggelse, sundhedsfremme, sundhed og livsstil, og som specifikt er relateret til emnet om livsstil og livsstilsforandringer i det nationale og kommunale folkesundhedsarbejde. De skrevne kilder har givet mig den nødvendige baggrundsviden for at forstå formålet med og indholdet i livsstilskurset. Samtidig har de givet mig adgang til diskussioner og debatter i den kommunale sundhedsfremme, som jeg ikke umiddelbart fik kendskab til via min deltagerobservation på livsstilskurset eller i sundhedsafdelingen i Vallensbæk Kommune, bl.a. aftalen om strukturreformen samt debatten om empowerment der er et centralt princip og en anvendt

metode i folkesundhedsarbejdet. Kilderne har således bidraget til en nuanceret forståelse af livsstilskurset og herunder organiseringen og praktiseringen af sundhedsfremme i Danmark.⁶⁹

Deltagerobservation på livsstilskurset

Mit feltarbejde på livsstilskurset fandt sted i perioden fra oktober 2010 til december 2011 med efterfølgende halvårlige opfølgninger. Den sidste gang, holdet var samlet, var i foråret 2013, og vi havde på det tidspunkt været samlet i alt 16 gange (11 undervisningssessioner på rådhuset og 5 madlavningssessioner i et skolekøkken på en af kommunens folkeskoler).

Mine primære informanter, dvs. deltagerne på livsstilskurset, var udvalgt på forhånd, idet tilmeldingen til det pågældende hold var i gang, da jeg indgik samarbejde med Vallensbæk Kommune om deltagelse på livsstilskurset. Inden opstarten af det pågældende hold havde jeg lavet et pilotstudie (2 undervisningssessioner) på det foregående livsstilskursus kun for mænd, der talte 9 deltagere (det foregående hold var stadig i gang, da det nye livsstilskursus blev igangsat, og jeg fortsatte min deltagerobservation på begge hold i det første år af mit feltarbejde). Formålet var at blive introduceret til nogle af de emner og problemstillinger, som blev taget op og delt på livsstilskurset. Pilotstudiet gav mig et førstehåndsindtryk af deltagernes konkrete praktisering af livsstilsforandringer og de tanker og bevæggrunde, som lå bag. Herigennem fik jeg en indikation af hvilke problematikker, der potentielt set kunne være interessante og relevante at udforske i mit feltarbejde på det efterfølgende livsstilskursus. Samtidig gav pilotprojektet mig en fornemmelse for, hvordan livsstilskurset var organiseret, og hvordan relationerne mellem såvel underviseren og deltagerne som deltagerne imellem umiddelbart udspillede sig.

Konkret har jeg i mit feltarbejde på livsstilskurset deltaget i og observeret underviserens præsentationer. Jeg har læst det skriftlige materiale, som løbende er blevet udleveret til deltagerne, og jeg har deltaget i øvelserne og i dialogen på holdet. Jeg har endvidere deltaget i samtalerne i pausen og haft uformelle samtaler med flere af deltagere før, under og efter hver session. Til madlavningssessionerne deltog jeg i madlavningen og i den efterfølgende spisning og

⁶⁹ De anvendte skriftlige kilder er nationale folkesundhedsprogrammer, visioner og sundhedsoplæg udarbejdet af de siddende regeringer eller Indenrigs- og Sundhedsministeriet, materiale fra Sundhedsstyrelsen og Kommunernes Landsforening samt forskningsrapporter fra Statens Institut for Folkesundhed, Forebyggelseskommissionen (2009) og Det Nationale Forebyggelsesråd (2010). Valget af kilderne er baseret på en litteratursøgning samt en kontinuerlig opmærksomhed på de nyeste nationale og kommunale tiltag på sundhedsområdet, bl.a. har jeg igennem hele perioden abonneret på nyhedsbreve (online) fra Sundhedsstyrelsen og Kommunernes Landsforening.

oprydning. Jeg brugte desuden madlavningsaftenerne til at få en længere uformel snak med de deltagere, som jeg var på hold med, fordi vi under madlavningen havde ca. en times uforstyrret tid sammen inden fællesspisningen. Hensigten med de uformelle samtaler var bl.a. at få kendskab til deltagerne som andet og mere end overvægtige mænd på et livsstilskursus. Selv om de er deltagere på livsstilskurset (og derfor i første omgang relevante for mit studie), er de også fædre, ægtemænd, kollegaer og naboer og indgår derfor også i andre sociale relationer i deres dagligdag, og det var disse andre roller og relationer, som jeg dels forsøgte at få indblik i under de uformelle samtaler, dels fik suppleret og uddybet under mine interviews med deltagerne. Mine interviews vil jeg beskrive senere i kapitlet.

Mit feltarbejde blandt deltagerne på livsstilskurset bar præg af, at jeg var interesseret i at forstå praktiseringen af livsstilsforandringer ud fra deltagernes perspektiv, og at jeg derfor ville være fleksibel mht. udviklingen af mine analytiske snit. Dvs. at jeg arbejdede med en eksplorativ og fleksibel tilgang til felten (jf. bl.a. Abu-Lughod 1986; Buus m.fl. 2012) uden en klar antydning af, hvad jeg søgte ved feltarbejdets begyndelse, men med en nysgerrighed efter at lade deltagerne 'vise' mig, hvad livsstilsforandringer er, for herigennem at få adgang til en umiddelbar viden om deltagerne og deres praksis (jf. også Abu-Lughod 1986). Jeg fokuserede derfor på at erindre og notere samtalerne og forløbet på livsstilskurset så detaljeret som muligt⁷⁰, idet jeg var interesseret i at få kendskab til de umiddelbare hændelser og stemninger på livsstilskurset, som var nødvendige for, at jeg kunne få indsigt i livsstilsforandringer som hverdagspraksis og begivenhederne forbundne hermed. Mit eget tilstedevær på livsstilskurset var således først og fremmest 'passivt', i den forståelse, at mine egne handlinger og mit tilstedevær blot var en del af hændelserne på livsstilskurset (jf. Bille og Sørensen 2012), der samtidig skulle give mig adgang til deltagernes fortrolighed og det sociale fælleskab på holdet.

Jeg brugte på den baggrund meget af tiden på livsstilskurset til at observere deltagerne og underviseren; det konkrete forløb på livsstilskurset, omgangstonen og dialogen i fællesskabet, underviserens rolle mv. Når jeg genlæser mine noter fra undervisningssessionerne ekspliciteres dette fokus på at observere de aktuelle hændelser og få 'alt med' også helt konkret ved, at mine noter ofte består af meget lange og detaljerede beskrivelser af hændelserne på livsstilskurset,

⁷⁰ At min opmærksomhed primært var rettet mod deltagerne, betød ikke, at jeg ikke også var opmærksom på underviseren og mine egne oplevelser, men blot at disse observationer var sekundære.

herunder direkte citater fra samtaler og præsentationer, detaljerede beskrivelser af undervisningsforløbet fra start til slut, noter om udleveret materiale, deltagernes placeringer, den fysiske indretning, forplejninger og dialogen i pauserne mv. Endvidere har jeg noteret eventuelle ændringer hos deltagerne (udseende, vaner mv.), underviserens og deltagernes humør og den generelle stemning den pågældende undervisningsgang, ligesom jeg har gentagne beskrivelser af deltagernes snak om deres dagligdage; familie, arbejde, fysiske og psykiske velbefindende, tidligere erfaringer, håb for fremtiden, ferie og sociale arrangementer, samt hvordan arbejde og familie mv. influerede på eller var påvirket af deres forsøg på at ændre vaner.⁷¹ Sidstnævnte skyldes, at jeg som nævnt var interesseret i at få indsigt i deltagernes forsøg på at ændre livsstil også uden for livsstilskurset, dvs. i andre sociale sammenhænge.

Mit fokus på deltagerne og den eksplorative, fleksible strategi medvirkede til, at jeg især i starten af mit feltarbejde på livsstilskurset indtog en observerende snarere end en deltagende position i felten. Det hang også sammen med den rolle, jeg blev tildelt på livsstilskurset, som jeg vil komme tilbage til senere i dette kapitel. Over tid gav observationerne mig en umiddelbar forståelse for hændelserne på livsstilskurset. De bidrog med et indgående kendskab til centrale problematikker og tematikker, som blev delt på livsstilskurset, til rytmer og sammenhænge, til dynamikken på holdet samt til indsigt i, hvordan idealet om 'livsstilsforandringer' umiddelbart blev grebet an, både af sundhedsafdelingen i Vallensbæk Kommune og af deltagerne. Via observationerne blev jeg således opmærksom på både sproglige og reflekterede men også kropsliggjorte, ureflekterede aktiviteter (jf. Tang Nielsen m.fl. 2007).

Ved at dele et refleksivt, kropsligt (og moralsk) fællesskab med deltagerne over en længere tidsperiode fik jeg med tiden også en kropslig fornemmelse og forståelse for deres forsøg på at ændre rutinerede praksisser, bl.a. foranlediget af, at jeg også selv tidligere havde arbejdet på at ændre rutiner og derfor kunne genkende mange af de samme problematikker, som deltagerne delte, fra mine egne erfaringer og mit eget hverdagsliv. Jeg blev med andre ord 'bragt ind i en

⁷¹ Inden mit feltarbejde havde jeg overvejet deltagernes reaktioner på mine notater; hvorvidt jeg åbenlyst skulle tage notater direkte under undervisningssessionerne eller forsøge at erindre, hvad der var sket, og notere mine observationer efter dagens undervisningssession. Jeg valgte dog, bl.a. på baggrund af min rolle på livsstilskurset som forsker – det er en rolle, som jeg vil diskutere senere i dette kapitel – at tage notater direkte i undervisningen. Jeg anvendte ikke deltagernes navne i mine notater og lod aldrig notaterne ligge fremme, når jeg ikke var i undervisningslokalet, fx i pauserne. Generelt virkede det ikke til, at deltagerne var generet af min notatteknik. Undervejs i mit feltarbejde blev det, at jeg tog notater, også gjort til et humoristisk punkt, bl.a. blev jeg kaldt sekretær, ligesom "Skriv Maja" (efterfulgt af et smil på læben) også var en respons, jeg blev mødt med.

tilstand' i den forstand, at jeg blev en del af en stemning (Bille og Sørensen 2009), der gav mig adgang til de emotionelle erfaringer med det at forandre livsstil: Jeg fornemmede deltagernes frustrationer, når de ikke tabte sig trods vaneændringerne; mærkede deres bekymringer for den forestående jul og den megen julemad; oplevede den til tider fortættede stemning under bordrunden og følte forløsningerne, når det gik godt med at fastholde de nye sundere praksisser. Og jeg erfarede og observerede også den begejstring, som deltagerne umiddelbart delte over det "at være på livsstilsændringer" samt over "de lette metoder"⁷², som de blev introduceret for på livsstilskurset.

Selv om jeg inden mit feltarbejde havde forsøgt at lægge alle forudindtagelser fra mig, bl.a. i henhold til princippet om fleksibilitet og som et forsøg på at møde felten med det den amerikanske antropolog Lila Abu-Lughod beskriver som en 'non-directive approach' (Abu-Lughod 1986), dvs. en generel åbenhed overfor hændelserne og erfaringerne i felten⁷³, undrede denne begejstring mig på mange måder, og gjorde mig interesseret i at udforske denne begejstring og deltagernes forholdsvise ukomplicerede tilgang til deres ændringer i rutinerede praksisser. Især fordi deres begejstring umiddelbart var i modstrid både med min eksisterende viden om forsøgene på at forandre livsstil (jf. bl.a. Meillier 1994; Lupton 1995; Bech Risør 2002; Grøn 2004; Lang og Froelicher 2006; Townsend m.fl. 2006) og mine egne tidligere erfaringer med vaneændringer.

På baggrund af mine erfaringer fra livsstilskurset og dialogen blandt deltagerne, begyndte jeg derfor undervejs i mit feltarbejde mere specifikt at undersøge og reflektere over, dels den betydning, livsstilskurset og relationerne på holdet tilsyneladende havde på deltagernes forsøg på at forandre livsstil dels, hvorfor de var så begejstrede for kurset og for nogle af de konkrete metoder, som de blev introduceret for.⁷⁴ Ved at spore mig ind på, hvorfor og hvordan de forskellige metoder samt relationerne på livsstilskurset blev betydningsfulde for deltagerne, kunne

⁷² "At være på livsstilsændringer" og "lette metoder" er emiske ordsammensætninger, som jeg registrerede under mit feltarbejde på livsstilskurset.

⁷³ Ifølge Abu-lughod giver en 'non-directive approach' metodologisk adgang til en umiddelbar viden om informanterne og deres hverdagspraksis (Abu-Lughod 1986).

⁷⁴ Det var i forbindelse med denne begejstring, at jeg blev inspireret til at foretage en nærmere undersøgelse af Små skridt konceptet, som livsstilskurset som nævnt er baseret på. Det skete bl.a. via deltagerobservation på et to dages seminar for sundhedsprofessionelle i konceptet, afholdt af Per Brændgaard (udvikleren af Små skridt konceptet), og efterfølgende et interview med Brændgaard, samt en måneds medlemskab i Smaaskridt.dk, som på daværende tidspunkt var et online forum oprettet af Brændgaard og for medlemmer, der bruger Små skridt i deres hverdag (www.smaaskridt.dk). Via min undersøgelse fik jeg indblik i målet med og refleksionerne bag konceptet, samt i anvendelsen af konceptet i den kommunale sundhedsfremme og i en række brugeres hverdag.

jeg bl.a. åbne for en analyse af, også hvad der bidrager til en forandring af deltagernes rutiner. Det er et emne, som jeg undersøger og uddyber i de efterfølgende kapitler.

Som beskrevet i kapitel 2 var individuelle samtaler mellem underviser og deltager en del af livsstilskurset. Jeg deltog ikke i disse samtaler. Det var ikke et krav fra sundhedsafdelingen, at samtaler skulle forløbe uden min deltagelse, men af etiske årsager ønskede jeg ikke at deltage fysisk i dem, fordi jeg ønskede at give deltagerne et (fri)rum, hvor de kunne tale med underviseren om deres eget forløb uden min deltagelse. Samtalerne var dog ikke fortrolige, og jeg fik adgang til dele af dem gennem underviserens noter, som hun løbende udvekslede med mig mod forvisning om, at jeg ikke delte dem med andre.

Formålet med underviserens noter var todelt. For det første gav de mig indsigt i, hvilke elementer i deltagernes forløb og praksis, som underviseren udvalgte som relevante at registrere, hvilket bidrog til indblik i hendes valg af 'relevante' oplysninger ved deltagernes livsstilsforandringer og hverdag. For det andet fik jeg kendskab til deltagernes forløb og valg af vaneændringer (som kommunikeret til underviseren). I starten af mit feltarbejde bidrog underviserens noter til at give mig et førstehåndsbillede af den enkelte deltager; hans (i den beskrevne situation italesatte) tanker og mål med deltagelse i livsstilskurset, samt socioøkonomiske fakta, idet eksempelvis alder og profession var inkluderet. Senere i mit feltarbejde har jeg brugt underviserens noter fra de individuelle samtaler som referencepunkter for mine egne erfaringer og oplevelser af deltagerne og livsstilskurset. Underviserens noter indgår dog ikke direkte i analyserne, idet jeg ikke selv har rekvireret disse oplysninger fra deltagerne, og af etiske hensyn overfor deltagerne derfor heller ikke vil anvende eller publicere dem.

Min adgang til og min rolle på livsstilskurset

Min adgang til livsstilskurset var et resultat af mit samarbejde med sundhedsafdelingen i Vallensbæk Kommune.⁷⁵ Samarbejdet gik ud på, at jeg som en del af mit ph.d. projekt, skulle deltage i livsstilskurset med det formål at indsamle viden om deltagernes erfaringer og tanker om kurset samt deltagernes individuelle proces. I sundhedsafdelingens regi var denne viden brugbar, bl.a. som en del af en evaluering af livsstilskurset, der skulle bruges i prioriteringen af kommunens

⁷⁵ Sundhedsafdelingen er som nævnt blevet slået sammen med afdelingen for Kultur og Fritid i 2016 og indgår nu i Center for Sundhed, Kultur og Fritid.

sundhedstilbud til borgerne året efter⁷⁶. Som en del af samarbejdet deltog jeg i udarbejdelsen af en mundtlig og skriftlig evaluering af livsstilskurset henvendt til deltagerne. (Det var ikke mig, men underviseren på livsstilskurset, som, på baggrund af de afholdte evalueringer på livsstilskurset, udarbejdede den endelige evaluering. Evalueringen blev publiceret i sundhedsafdelingens årsrapport og havde primært karakter af at være en beskrivelse af livsstilskurset og den indflydelse, kurset havde haft på deltagernes forventninger om selv at kunne fortsætte med en sundere livsstil (Vallensbæk Kommunes Sundhedsafdeling 2011)). Endvidere har jeg løbende deltaget i en dialog omkring udviklingen af livsstilskurset samt adresseringen af mænd som målgruppe i den kommunale borgerrettede sundhedsfremme baseret på mit materiale og den viden, som jeg har opnået via mit feltarbejde.⁷⁷

Mit samarbejde med sundhedsafdelingen hang sammen med mit forskningsstrategiske mål, der også var (og er) at bidrage med en nuanceret viden om livsstil og livsstilsforandringer, bl.a. til brug i udarbejdelsen af sundhedsfremmende tiltag. Formålet med mit studie har derfor også været at skabe en større forståelse for, hvorfor (eller hvorfor ikke) ønsket om en sundere livsstil efterfølges eller fastholdes samt hvad der er eller bliver betydningsfuldt i et sådan ønske og i processen med at forandre rutinerede praksisser. Dermed har mit feltarbejde også karakter af at være det, de amerikanske antropologer Akhil Gupta og James Ferguson kalder 'en strategisk intervention', dvs. et forsøg på at intervenere i felten ved at genere en nuanceret og kompleks forståelse af menneskelig praksis (Gupta og Ferguson 1997, s. 37). Dette er yderligere en af årsagerne til, at jeg har valgt at fokusere på deltagernes praksis og fortællinger i de efterfølgende kapitler.

For at komme tilbage til diskussionen af min rolle på livsstilskurset, så udsendte sundhedsafdelingen inden opstarten af livsstilskurset et brev til deltagerne. Heri fremgik det, at

⁷⁶ Der lægges i den kommunale sundhedsfremme og forebyggelse vægt på effektmåling og brugen af dokumenteret viden samt evidensbaserede metoder i folkesundhedsarbejdet (Bruun m.fl. 2004, Skovgaard m.fl. 2007; Rud 2010). I sundhedsafdelingen i Vallensbæk Kommune kom dette bl.a. til udtryk i et krav om at evaluere de lokale forebyggende og sundhedsfremmende tiltag enten ved hjælp af deltagerudfyldte spørgeskemaer, mundtlige evalueringer direkte på det pågældende sundhedstiltag eller via kvalitative undersøgelser af tiltagene og deres betydning for deltagerne (Noter fra feltobservationer samt interview med underviser). Under et møde mellem to sundhedskonsulenter ansat i sundhedsafdelingen, sundhedschefen og mig om indgåelse af et samarbejde blev det præciseret, at sundhedsafdelingen ønskede at få livsstilskurset evalueret via et kvalitativt studie, idet dette bl.a. ville bidrage til en dybdegående viden om betydningen af livsstilskurset for deltagernes praksis på længere sigt og på tilegnelsen af handlekompetencer til at håndtere et ønske om at ændre vaner.

⁷⁷ I forbindelse med vores samarbejde fik jeg mulighed for at supplere mit feltarbejde på livsstilskurset med et minifeltarbejde i sundhedsafdelingen, der bl.a. indebar, at jeg en gang om ugen eller hver fjortende dag havde et bord og en computer i afdelingen, hvor jeg arbejdede på mit projekt, samtidig med at jeg fik mulighed for at få kendskab til nogle af de aktuelle arbejdsprocedurer og politiske beslutninger, som lå til grund for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i kommunen. Mit feltarbejde i afdelingen inkluderede desuden interview med sundhedschefen og en række uformelle samtaler med de ansatte i afdelingen, herunder også underviseren på livsstilskurset.

afdelingen havde indgået et samarbejde med en ph.d. studerende (mig), som ville deltage på livsstilskurset med henblik på at evaluere dette. I forhold til deltagerne var min rolle som forsker således fra start konkretiseret gennem mit samarbejde med sundhedsafdelingen og det udsendte brev. Forskerrollen præciserede jeg også i min (selv)præsentation ved den første kursusgang – dog med fokus på min interesse i deltagerne og deres refleksioner og holdninger omkring, samt erfaringer med, kurset og ændringerne i deres rutinerede praksisser frem for deres resultater (vægttab, antal nye sunde vaner etc.).

Selv om jeg formelt set havde fået adgang til livsstilskurset gennem sundhedsafdelingen, var det af professionelle og personlige årsager vigtigt for mig at understrege, at mit fokus i min forskning var deltagerne og deres erfaringer og tanker. Dette indebar, at mit ærinde som forsker på holdet ikke var at måle deres resultater eller komme med en bedømmelse af, om de gjorde det rigtige eller ej (en rolle som jeg også havde præciseret over for sundhedsafdelingen i forhandlingerne omkring indgåelse af samarbejde). Mit formål var – i forhold til sundhedsafdelingen – udelukkende at få indsigt i deltagernes erfaringer og formidle deres (og mine) erfaringer videre, og min rolle som forsker var jeg eksplicit omkring igennem hele mit feltarbejde. Det viste sig dog i nogle tilfælde også nødvendigt at præcisere, at jeg ikke var uddannet inden for sundhedsfaget, og at jeg derfor ikke besad en sundhedsfaglig viden, når enkelte af deltagerne i vores samtaler spurgte mig til råds om deres livsstilsændringer og vægttab og/eller inddrog mig i deres overvejelser om specifikke sundhedsrelaterede emner.

Præciseringen af min rolle som forsker med antropologisk baggrund (og ikke en ansat i sundhedsafdelingen) blev desuden betydningsfuld af etiske årsager. Livsstilskurset var for mænd, der alle var midaldrende og overvægtige. Underviseren var derimod kvinde, sidst i 20'erne og slank. Jeg (forskeren) var kvinde, først i 30'erne og slank. Underviseren og forskeren mindede således i høj grad om hinanden, og i starten tror jeg, at flere af deltagerne forvekslede mig med en medarbejder i sundhedsafdelingen. At jeg blev tilbage efter undervisningen og hjalp underviseren med oprydningen eller ofte var i lokalet sammen med underviseren, når deltagerne ankom til kurset, betød – vil jeg mene – yderligere, at enkelte af deltagerne godt kunne blive usikre på min rolle. For at sikre mig deltagernes tillid, fortalte jeg derfor i min præsentation den første gang og

ved flere lejligheder efterfølgende, at min rolle var forsker samt at deres deltagelse i mit projekt var frivillig, og at jeg ville sikre mig deres anonymitet i projektet.⁷⁸

Foruden at være knyttet til livsstilskurset som forsker, havde det også oprindeligt været min hensigt at indtage rollen som deltager på holdet. Men hvor min forskerrolle fra start var slået fast, havde jeg sværere ved at finde frem til min rolle som deltager på livsstilskurset. Inden opstarten af mit feltarbejde havde jeg reflekteret over min rolle. Hvordan skulle jeg præsentere mig? Hvordan kunne jeg opnå og bevare deltageres tillid og respekt? Skulle jeg (som deltagerne) vælge mig en kost eller motionsvane, jeg ville ændre og dermed selv blive en del af konceptet om Små skridt og et forsøg på vaneændring? Eller skulle min deltagelse primært indebære deltagelse i undervisningen, dialogerne og øvelserne?

I opstartsfasen af mit ph.d. forløb var det min hensigt at indtage en rolle som deltager på lige fod med de andre deltagere på det hold, som jeg ville følge, men da jeg ved indgåelse af samarbejdet med sundhedsafdelingen erfarede, at det pågældende kursus kun var for mænd, blev jeg opmærksom på, at denne strategi ikke nødvendigvis kunne forfølges. Det viste sig dog, at det ikke nødvendigvis var mit køn, som var den primære årsag til, at jeg aldrig rigtig blev deltager. I modsætningen til de andre deltagere var jeg slank (formålet med deltagelse på holdet var vægttab og sundere vaner), og en af de første kommentarer, jeg blev mødt med på holdet, var, at jeg "da ikke behøvede at tabe mig" (Noter fra feltobservationer).

Selv om jeg tidligere selv har arbejdet med vaneændringer og derfor kunne nikke genkendende til deltageres snak om, at det var svært at undgå fristelserne eller at finde motivationen til at gå eller løbe en tur, når man kom træt hjem fra arbejdet, så var mine egne tidligere erfaringer eller den madglæde, som jeg delte med deltagerne, og som i starten af livsstilskurset åbenlyst fungerede som fælles referenceramme blandt deltagerne, ikke det samme som, at jeg kunne blive deltager på lige fod med dem. Bl.a. blev jeg enkelte gange mødt med udtalelser om; "at det kender du nok ikke til" eller "du bliver nok mæt bare af at kigge på det" (Noter fra feltobservation;

⁷⁸ Spørgsmålet om anonymitet viste sig at være sværere end først antaget. Under forløbet på livsstilskurset blev deltagerne tilbudt (og sagde ja til) at deltage i optagelser til henholdsvis et reklameindslag (publiceret online) samt et indslag i et tv-program, og med indslagene blev det sværere for mig at sikre deres anonymitet i mit projekt. En strategi, som jeg udviklede, var derfor at sikre mig, at de deltagere, som ikke ønskede at blive optaget (men som gerne ville deltage i det afholdte arrangement på livsstilskurset), ikke blev filmet, og at de deltagere, som gerne ville filmes, var klar over, at deres anonymitet ville være sværere at sikre også i den efterfølgende afhandling. Det syntes dog ikke at være noget problem for de involverede deltagere, som åbenlyst fortalte om deres egne livsstilsændringer og deltagelse på livsstilskurset. I afhandlingen har jeg som nævnt ændret deltageres navne.

interview med Helge). At jeg ikke blev inkluderet i bordrunden, som var et tilbagevendende element i kurset, hvor deltagerne delte deres erfaringer med vaneændringerne siden sidste undervisningsgang, var yderligere med til at understrege min lidt tvetydige rolle som deltager men ikke rigtig deltager.

Min rolle som forsker og deltager men ikke rigtig deltager kom dog til at gavne mig i min datagenerering. Mange af deltagerne ville gerne dele deres erfaringer med mig, og min vedvarende deltagelse på holdet medvirkede til, at deltagerne generelt virkede umiddelbare omkring og oprigtige med deres erfaringer, og at de af flere omgange gerne ville snakke med mig. Mange inkluderede mig også naturligt i deres tale omkring deres forandringer i rutinerne, og flere var interesseret i at høre, hvordan jeg ville bruge deres erfaringer og vores samtaler i min afhandling. Samtidig betød det, at jeg ikke helt var deltager, at jeg kunne forholde mig forholdsvist åbent til deltagernes forståelser og praktiseringer af vaneændringerne, uden at jeg kom til at forveksle dem med mine egne tidligere forsøg på at ændre mad og motionsrutiner. Det hjalp til, at jeg kunne fastholde en distance til mine oplevelser på livsstilskurset.

Endvidere medvirkede min tvetydige position til, at jeg kunne stille mig kritisk over for min egen antagelse om, at viden og idealer om sundhed og vægttab ikke var let forenelige i en hverdagssammenhæng, hvor mange andre ting fylder, hvilket bl.a. var en konklusion i flere kritiske diskussioner af ændringer i rutinerede praksisser i relation til sundhed og sygdom (se bl.a. Meillier 1994; Lupton 1995; Bech Risør 2002; Grøn 2004; Jansen 2010). Det er diskussioner, som jeg, som nævnt, inden mit feltarbejde var inspireret af. Ved at følge deltagerne på livsstilskurset (og bl.a. undersøge den nævnte begejstring og de "lette metoder") blev jeg tværtimod opmærksom på, hvordan deltagerne kreativt forenede idealer om sundhed med hverdagens andre gøremål og deres ønsker om balance, hvilket medvirkede til, at jeg ændrede mit oprindelige analytiske fokus på en eventuel diskrepans mellem livsstilskursets mål og vidensformidling og deltagernes forståelser og praktiseringer af livsstilsforandringerne til et fokus på de erfaringer og metoder, som anvendes i forsøget på at forene idealer og drømme i en foranderlig og usikker hverdag (jf. kapitel 6-8).

Selv om jeg generelt følte, at deltagerne accepterede min deltagelse, var der også enkelte, som ikke udviste interesse for at blive involveret udover afgivelse af et interview. Bl.a. fortalte en af

deltagerne, at han synes, jeg var kommet for tæt på under vores interview. Dette gav mig en indikation af, at forsøget på at tabe sig stadig var et ømtåleligt emne for nogle af deltagerne, selv om de til undervisningen grinende fortalte om deres forsøg på at ændre vaner og ofte delte erfaringerne med de andre. Desuden blev jeg opmærksom på, at jeg – selvom jeg løbende fortalte deltagerne, at deres deltagelse i mit projekt var frivillig – stadig ikke kunne være sikker på, at alle følte, det var frivilligt. (Deres deltagelse i mit forskningsprojekt skyldtes jo som udgangspunkt, at de havde tilmeldt sig et livsstilskursus som et forsøg på at få sundere vaner. Ikke at de gerne ville være med i et forskningsprojekt). For at respektere disse deltagere valgte jeg ikke at stille dem uddybende spørgsmål i undervisningen, og jeg undgik at involvere dem i mine planer om at udføre deltagerobservation i deltagernes hjem. Jeg var dog opmærksom på dem i mine observationer og fortsatte generelt mine uformelle samtaler med dem i pauserne.

Interview

Som supplement til min deltagerobservation på livsstilskurset har jeg gjort brug af forskningsinterviews med de 12 deltagere samt deltagerobservation i hjemmene ved fire af dem. Interviewene fandt sted i januar og februar 2011, dvs. tre måneder inde i forløbet på livsstilskurset⁷⁹, og havde en længde af 1-3 timer. Alle interviews foregik i deltagernes egne hjem. Det skyldtes, at hjemmet – i lighed med livsstilskurset, arbejdspladsen og sportsklubben mv. – var en af de sammenhænge og sociale rum⁸⁰, hvori livsstilsforandringerne skulle praktiseres. Samtidig kunne jeg med et interview og et ophold i hjemmet både rent fysisk men også analytisk bevæge mig et skridt nærmere den enkelte deltager og hans hverdag.

Jeg havde udarbejdet en samtykkeerklæring, som deltagerne læste og underskrev, inden vores interview. Desuden informerede jeg dem (igen) om deres anonymitet, og om at jeg, hvis de senere fortrød et udsagn, ville slette udsagnet fra mine noter og transskriberinger. Af forskningsetiske hensyn ville jeg sikre mig, at jeg havde deltagernes accept af min anvendelse af deres refleksioner og erfaringer i min forskning, og at deltagerne var trygge ved min åbenlyse interesse i dem som

⁷⁹ Det var et bevidst valg at lægge mine interviews midt under forløbet på livsstilskurset. For det første, fordi jeg gerne ville have mulighed for at få kendskab til deltagerne inden min samtale med dem, så vi på baggrund af vores relation og en fælles forståelse kunne starte og udbygge vores dialog. For det andet, fordi de efter tre måneder var midt i deres vaneændringer, og derfor forventeligt kunne jeg reflekterede over barrierer og muligheder, familiens reaktioner osv.

⁸⁰ Med 'sociale rum' henviser jeg til de(t) rum, som praktiseres og som kommer til udtryk i en social koreografi (Hastrup 2003, s. 407).

forskningsobjekter. Alle interviews blev båndet og transskriberet efterfølgende. Efter afholdelse af et interview tog jeg desuden noter indeholdende en beskrivelse af forløbet fra start til slut.

Mine interviews var semi-strukturerede og tog udgangspunkt i en interviewguide, der var bygget op over en række forskningsspørgsmål og temaer (Bernard 1994; Kvale 1996), der relaterede sig til et studie af hverdagspraksis og forståelser og praktiseringer af livsstil og livsstilsforandringer. Hensigten med mine semi-strukturerede interview (frem for strukturerede eller åbne interview) var at give den enkelte deltager mulighed for at udtrykke sig frit og komme ind på de ting, han fandt vigtige inden for emnerne, samtidig med, at jeg, via min interviewguide, kunne strukturere og fastholde vores dialog på emnet om livsstil og livsstilsforandringer (Bernard 1994).

Hvor min deltagerobservation på livsstilskurset havde præg af at være en til tider diffus (jeg tog som nævnt imod al den information, jeg kunne få) men meget omfangsrig indsamling af observationer og hændelser, var mine interviews en del af en mere selektiv og snæver datagenereringsproces (Wolcott 2005, s. 95). Det var bl.a. fordi jeg, med interviewguiden som udgangspunkt, fastlagde, hvilke samtaleemner og spørgsmål jeg ønskede at få belyst og uddybet, og fordi jeg i højere grad selv indtog en aktiv rolle som medpart (og medfortolker) i dialogen med deltagerne (Bernard 1994; Wolcott 2005). Interviewguiden bidrog til, at jeg kom omkring de samme problematikker i alle mine interviews, bl.a. egne vaneændringer, familierelationer, de andre deltagere på livsstilskurset og forståelser af livsstil. Guiden muliggjorde derfor også en vis systematik i min dataindsamling, der gør det muligt at sammenligne svarene på tværs af deltagerne (jf. Bernard 1994; Wolcott 2005).

Ud over, at de gav indsigt i hver enkelt deltagers bevæggrunde, tanker og erfaringer med livsstilskurset, rutineændringer samt familiære og sociale relationer, var min intention med interviews også at adressere og få uddybet nogle af de emner, som den enkelte deltager selv havde taget op i diskussionerne på livsstilskurset, eller som jeg under min deltagerobservation på livsstilskurset, fornemmede havde en 'betydning' for den pågældende deltagers vaneændringer, fx familiens opbakning, arbejdsløshed eller kroniske lidelser. Generelt var det emner, som deltagerne havde 'lettere' ved at reflektere over (end nogle af de emner, jeg havde præsenteret som del af min interviewguide, fx 'livsstil' og 'krop'), bl.a. fordi det var emner, som de selv var optaget af, og som (derfor) var betydningsfulde set fra deres synsvinkel.

Det var i forbindelse med deltagernes refleksioner over disse emner, at jeg første gang blev opmærksom på, hvordan deltagerne refleksivt navigerede mellem deres ønske om at ændre deres rutinerede praksisser, og de muligheder og begrænsninger for at indfri ønsket, som de oplevede i hverdagen. Igennem deres fortællinger viste deltagerne bl.a.; hvordan de løbende anvendte, testede og omfortolkede "de lette metoder" i forandringen af deres rutinerede praksisser; hvordan de tilsyneladende dagligt forhandlede med sig selv om, hvad der var godt og mindre godt at gøre og spise; hvordan familie, venner og kollegaer løbende (eller ikke) blev integreret i forandringsprocessen; og hvordan egne og andres tidligere erfaringer og fremtidige håb hele tiden spillede ind på deres nuværende livsstilsændringer og deres refleksioner over, hvorfor de gerne ville ændre på udvalgte mad og motionsrutiner. På den måde fik jeg indsigt i dele af deltagernes hverdagspraksis, til trods for at jeg ikke rent fysisk var til stede. Den indsigt blev yderligere suppleret ved, at jeg som nævnt fik adgang til deres hjem, og (derfor) selv oplevede nogle af de familiære relationer⁸¹ og materielle rammer, som også havde indflydelse på deltagernes hverdagspraksisser, men som jeg ikke fysisk erfarede som deltager på livsstilskurset.

Sammenfattet havde mine interviews med deltagerne derfor på mange måder karakter af at være en opfølgning på samtalerne og hændelserne på livsstilskurset, men de var samtidig en uddybning og nuancering af deltagernes forståelser og praktiseringer af livsstilsforandringer samt deres dagligdag, også uden for livsstilskurset. Bl.a. talte deltagerne i mine interviews meget om familien, tiden og de sociokulturelle rammers indvirkning på deres forsøg på livsstilsforandringer (arbejde, arbejdsløshed, økonomi og sygdom), mens der på livsstilskurset oftere blev sat fokus på de aktuelle valg af vaneændringer og processen omkring fastholdelsen. Denne nuancering var dog, om ikke betinget, så i hvert fald muliggjort af, at vi – i kraft af vores fælles deltagelse på livsstilskurset – havde en fælles referenceramme, vi kunne tale ud fra, samt en relation, der i de fleste tilfælde medvirkede til, at jeg i interviewsituationen kunne etablere et relativt fortroligt rum, og tilsvarende var med til at øge min forståelse for deltagernes livsstilsforandringer (jf. Tang Nielsen m.fl. 2007).

⁸¹ Af flere omgange fik jeg under mit ophold i hjemmet også mulighed for at møde og tale med deltagernes familie.

Deltagerobservation i deltagernes hjem

Hos fire af deltagerne foretog jeg desuden deltagerobservation i foråret og sommeren 2011. Jeg skulle have været i yderligere én deltagers hjem, men hans kone blev syg, og han måtte aflyse det planlagte besøg. Valget af disse fire (fem) deltagere skyldes for det første, at de allerede fra begyndelsen af min deltagelse på livsstilskurset havde vist en interesse for mit projekt. For det andet havde de efter vores interview tidligere på året været positive over for et forslag om fremtidige besøg, som jeg havde nævnt for alle deltagerne.

Mine besøg strakte sig over en halv dag, ofte en sen formiddag/eftermiddag, fordi det skulle passe ind i deltagernes hverdagsrutiner. To besøg foregik i weekenden. Inden mit feltarbejde blev påbegyndt havde det været mit mål at foretage deltagerobservation i fem til seks deltagers hjem i en periode på 1-2 dage. Formålet var at få en konkret indsigt i deltagernes (og familiens) forståelser og praktiseringer af livsstilsforandringer i hjemmene, uden for livsstilskurset som kontekst. I praksis endte jeg dog med at forhandle mig frem til en halv dags besøg snarere end 1-2 dages besøg (bl.a. fordi mange af deltagerne havde andre gøremål; børn, arbejde, familie og sport), og på baggrund af dette – samt i lyset af at jeg, via min deltagerobservation på livsstilskurset og mine interviews, allerede havde adgang til meget viden om deltagernes praktiseringer af livsstilsforandringer – valgte jeg ikke at forsøge at forhandle mig frem til et længere besøg.

Formålet med deltagerobservation i hjemmene var at få viden om, hvordan deltagernes mange daglige rutiner, relationer og praktiske gøremål influerede på deres praksis. Samtidig ville det give mig en bedre forståelse for den enkelte deltager og dennes værdier, normer og idealer, fordi jeg ville få mere sammenhængende tid sammen med den pågældende, end det jeg fik som deltager på livsstilskurset. I forhandlingerne omkring mine besøg havde jeg derfor også lagt op til, at jeg gerne ville deltage i deres daglige gøremål (madlavning, indkøb, gåture, rengøring, se fjernsyn mv.), men mine besøg fik mere karakter af at være lange samtaler. Det var dog samtaler, som generelt var mere 'frie' end vores interview havde været, fordi jeg i den kontekst havde bestemt emnerne med min interviewguide. Min deltagerobservation i hjemmene bidrog derfor med en yderligere uddybning af – eller nye vinkler på – den enkeltes forståelser og praktiseringer af livsstilsforandringerne, men også til en afklaring af, hvilke hændelser og problemstillinger, som var

betydningsfulde for de pågældende deltagere. (Min oplevelse var generelt, at det var mange af de samme refleksioner og problemstillinger, som den enkelte deltager adresserede under vores samtaler på livsstilskurset og i vores interview, samt under min deltagerobservation i deres hjem).

Noter og efterbehandling af materiale

Som det fremgår af ovenstående, har jeg under mit feltarbejde forsøgt at bevæge mig længere og længere ind i felten for bl.a. at indsamle et omfangsrigt og detaljeret datamateriale vedrørende den konkrete praktisering af livsstilsforandringer i et hverdagsperspektiv. I dette afsnit vil jeg beskrive, hvordan jeg i bearbejdningen af mit datamateriale fra felten, påbegynder min bevægelse væk fra den empiriske felt og tilbage til en analytisk position. Som det vil fremgå af nedenstående beskrivelse, er det i en kontinuerlig bearbejdning af mit materiale, at jeg former og konstruerer mit analytiske felt. Det er en formgivning, der tager sin endelige form i den skriftlige fremstilling (Sjørølev 1995), som denne afhandling udgør.

For at få en detaljeret og præcis beskrivelse af forløbet og dialogen på livsstilskurset, tog jeg som nævnt udførlige noter undervejs i undervisningen. Hvis jeg selv tolkede på de ting, jeg observerede eller deltog i, skrev jeg i en parentes i noterne 'egen fortolkning'. Parentesen visualiserede, at den foregående sætning var en analytisk konstruktion frem for en empirisk hændelse. På den måde kunne jeg opretholde et klart skel mellem mine oplevelser fra felten og mine egne analytiske refleksioner, også efter mit feltarbejde var afsluttet både den pågældende dag men også senere i bearbejdningen af mine data og i skrivefasen. Mine refleksioner over hændelser og samtaler på livsstilskurset fortsatte på cyklen hjem fra livsstilskurset, og efter min hjemkomst brugte jeg tid på at notere mine umiddelbare refleksioner og de ting, jeg huskede. Dagen efter mit feltarbejde udbyggede jeg mine notater fra aftenen før med mine notater fra livsstilskurset og supplerede dem med nye refleksioner.

Mit materiale fra feltobservationerne ved hver undervisningsgang er således kommet i stand gennem tre, tidsmæssigt forskudte led (ved undervisningssessionerne, på turen hjem og samme aften samt næste morgen), hvor jeg løbende har udbygget mine observationer og min deltagelse på livsstilskurset med nye refleksioner og erindringer hjemme foran computeren eller notesblokken. Samme princip fulgte jeg ved mine interview, hvor jeg optog mine samtaler med

deltagerne, tænkte over forløbet på cykelturen hjem, og så skrev noter ved hjemkomsten, som jeg løbende udbyggede med nye refleksioner over de efterfølgende dage og ved transskriberingerne.

Denne notatteknik kan i første omgang synes tidskrævende og omstændelig, men den har medvirket til, at jeg i mit feltarbejde har fastholdt en opmærksomhed på min deltagelse i og viden om den empiriske felt, trods det at mit feltarbejde har bestået af sessioner, der tidsmæssigt var afbrudt af perioder på mellem en og flere uger (jf. også Jespersen 2007). Den opmærksomhed fastholdt jeg yderligere ved løbende at reflektere over forløbet alene og med underviseren på holdet, både den samme aften, når undervisningssessionerne var afsluttet⁸², samt ved mine efterfølgende ophold i sundhedsafdelingen. Selv om mit feltarbejde således har været fragmenteret og afbrudt har jeg forsøgt at 'opholde' mig i felten, også når jeg ikke fysisk var der. Samtidig har mine refleksioner over hændelserne og mine erfaringer i felten dog også haft den betydning, at jeg langsomt kunne begynde at distancere mig så meget fra felten, at det var muligt at påbegynde en mere intensiv fortolkningsproces. Denne distancering var også foranlediget af, at intensiteten i mit feltarbejde dalede, i og med at mødegangene på livsstilskurset blev færre og mere spredte, hvortil kom et udlandsophold i en længere periode, hvor jeg fik mulighed for at arbejde analytisk med mine data fra felten.

Sammenfattet har mit fortfarende refleksive arbejde med hændelserne i felten således igennem hele mit forløb fungeret som et konkret instrument til at fastholde en balance mellem en etnografisk nærhed og en analytisk distance. Denne balance mellem nærheden til og distanceringen fra felten, medvirkede til, at jeg kunne begynde at stille spørgsmålstejn ved mine feltoplevelser og påbegynde formgivningen af mit analytiske felt (jf. Clifford 1990; Sjørlev 1995). Bl.a. har flere af de ideer til analytiske vinkler på livsstilsforandringerne, som jeg fik igennem mit fortløbende og længerevarende arbejde, både med den empiriske felt og med materialet fra felten (notater, transskriberinger, egne erindringer og erfaringer samt artikelskrivning), også vist sig brugbare i udvælgelsen af de analytiske snit samt i mine analytiske diskussioner af livsstilskurset og deltagernes livsstilsforandringer. For eksempel brugte jeg i starten af min databearbejdning kategorier som 'hverdagsritualer', 'instrumenter/teknikker', 'sansning/kropsfornemmelser' og

⁸² Efter hver undervisningssession hjalp jeg underviseren med at rydde op i lokalet og lukke af. Vi brugte ofte tiden til at snakke og evaluere på forløbet. Underviseren ville i flere tilfælde gerne høre mine erfaringer med undervisningen, og jeg valgte fra start af, at jeg ville være ærlig omkring dem. Det skyldes hovedsageligt mit forskningsstrategiske mål om igennem min erhvervelse af viden om livsstil og livsstilsforandringer som hverdagspraksis at bidrage til udviklingen af og viden om sundhedsfremme tiltag.

'sociale relationer', som jeg senere fandt det nødvendigt at specificere yderligere.⁸³ Via min bearbejdning af mine data blev jeg således med tiden også opmærksom på, hvilke hændelser og samtaler, jeg havde overværet, som viste sig betydningsfulde eller alligevel ikke var det (Sjørsløv 1995).

Refleksivitet

Ovenstående refleksioner over mit feltarbejde og karakteren af mine data illustrerer, at netop 'refleksivitet' er en grundlæggende forudsætning for vidensproduktionen i det etnografiske feltarbejde. Kravet om refleksivitet er i de etnografiske traditioner med til at sikre, at den viden, som skabes via feltarbejdet, er pålidelig, dvs. underbygget og velargumenteret (Hastrup 2003). Det er i forskerens refleksive arbejde med sig selv, med informanterne i felten og med det empiriske materiale, at viden produceres (Davies 1998; Hastrup 2004). Jeg vil dog argumentere for, at en anden type refleksivitet også er væsentlig for min vidensproduktion, nemlig deltagernes refleksive praksis, som i høj grad også har gjort det muligt at arbejde med en forståelse af livsstilsforandringer som en refleksiv proces.

Anerkendelsen af informanternes refleksivitet som en væsentlig del af vidensproduktionen i det etnografiske feltarbejde henter jeg fra antropologen Charlotte Aull Davies, som i bogen "Reflexive Ethnography" (1998) adresserer de refleksioner, som opstår i felten (blandt informanterne samt mellem forsker og informant), bl.a. som resultat af forskerens deltagelse i felten. Det er en refleksivitet, som ifølge Davies også bidrager med viden om feltet. Igennem mit feltarbejde blev jeg opmærksom på livsstilsforandringer og praktiseringen af ellers ureflekterede og rutinerede praksisser som en refleksiv praksis og proces på livsstilskurset: Flere af deltagerne og underviseren reflekterede løbende over deres mål, anvendte metoder og kropslige (og herunder også erkendelsesmæssige) udviklinger samt familiers og venners tanker mv. Den refleksivitet ekspliciterer jeg i afhandlingen gennem inddragelse af flere lange tankeprocesser/citater fra mine interviews med deltagerne, som dermed også får betydning for vidensproduktionen.

Men hvis viden er et resultat af forskerens refleksive interaktion med den empiriske felt og med informanterne, hvad betyder det så for produktion af viden? For det første betyder det, at den

⁸³ Ovennævnte kategorier blev i min databearbejdning bl.a. specificeret og udviklet til kategorierne 'materialiseringer/artefakter', 'kroppen' og 'fællesskabet som teknik', der nu udgør de analytiske snit.

forståelse af viden, som kendetegner de etnografiske traditioner, er en forståelse af viden som relationel og praktisk. Etnografisk viden opstår i forskerens interaktion med felten og materialer fra og omkring felten, og viden er dermed tæt knyttet til tid og sted (Davies 1998; Hastrup 2004). For det andet tydeliggør et fokus på forskerens fysiske tilstedeværelse det vilkår, at forskeren påvirker og skaber den opnåede viden. Den viden, som produceres, er dermed en partiel og situeret viden, hvilket igen stiller krav til forskerens refleksivitet i det skriftlige materiale (Haraway 1988; Gupta og Ferguson 1997; Hastrup 2004).

Som en partiel og situeret viden er den viden om deltagernes praktiseringer af livsstil og livsstilsforandringer, som jeg producerer i afhandlingen, ikke en almengyldig og universel viden om livsstil og livsstilsforandringer (jf. også Jespersen 2007). At den er partiel og situeret, gør den dog ikke mindre vigtig. Med mit mål om at fremstille en nuanceret viden om deltagernes praktiseringer af livsstilsforandringer har de længerevarende relationer med deltagerne (og underviseren), refleksionerne samt forbindelserne til de andre nærliggende lokationer været centrale for vidensproduktionen, fordi det er igennem et fokus på bl.a. mikro-praksisserne og forhandlingerne i hverdagshandlinger og forståelser, at dynamikken og kompleksiteten i forsøgene på at ændre rutinerede praksisser er blevet synlige. Tilsvarende er det også gennem kravet om refleksivitet og positionering, at forskningsresultaterne bliver pålidelige. Som diskuteret i det foregående kapitel arbejder jeg således med en anden forståelse af livsstil og livsstilsforandringer end de forståelser, som har præget meget af den tidligere forskning inden for området, bl.a. med det formål at bidrage til nye forståelser og nye vinkler på refleksionerne bag og forsøgene på at ændre livsstil i hverdagen.

Delkonklusion

I dette kapitel har jeg beskrevet karakteren af de data, der ligger til grund for analyserne, samt hvordan det etnografiske materiale er indsamlet. Som det fremgår af min gennemgang, har mit feltarbejde leveret indsigt i deltagernes konkrete praktiseringer af livsstilsændringer samt de betydninger, som livsstilsændringerne tillægges. Tilsvarende har jeg i mit feltarbejde opnået viden om, hvordan og hvorfor livsstilskurset bliver en begivenhed, samt hvordan deltagerne anvender og gentænker de forskellige metoder fra livsstilskurset i deres forsøg på at ændre udvalgte rutinerede praksisser. Den viden vil jeg i de efterfølgende analytiske kapitler eksplicitere gennem diskussioner

af, hvordan deltagerne på forskellig vis går i kamp med og mod deres rutinerede praksisser for sundheden, velværen og familiens skyld.

Del II - Analyse

6 Artefaktens betydning: Stiltiende rutiner og magiske artefakter

Indledning

I dette kapitel vil jeg analysere nogle af de konkrete råd og artefakter⁸⁴, som deltagerne introduceres for på livsstilskurset, og som de efterfølgende anvender i deres forsøg på at forandre nogle af deres rutinerede praksisser. Formålet er at undersøge, hvordan deltagerne påbegynder kampen med og mod deres rutiner, og hvilke omstændigheder, der i første omgang synes betydningsfulde for igangsættelsen af forandringsprocessen.

Analysen tager afsæt i en praktisk ontologi, hvor 'det materielle' har agens – dvs. hvor 'ting' gør noget for og ved mennesker (se bl.a. Gell 1988; Akrich 1992; Latour 2004; Miller 2005; Sjørsløv 2013) – hvilket åbner for en diskussion af de fysiske artefakter og råd, som formidles på livsstilskurset og anvendes af deltagerne, som betydningsfulde *i sig selv*. Den analytiske interesse for det materielle og materialiseringers selvstændige handlekraft henter jeg fra antropologien og etnologien, hvor forskere de senere år har genetableret 'materiel kultur' som analytisk felt, bl.a. foranlediget af en gentænkning eller nedbrydning af det ontologiske skel mellem objekt og subjekt⁸⁵ samt en interesse for det sociale livs former, skikkelser og materielle fremtræden (se bl.a. Appadurai 1988; Miller 2005; Damsholt m.fl. 2009; Sjørsløv 2010, 2013).

Jeg forholder mig i første omgang til rådene og artefakterne samt deltagernes brug af dem som eksempler på selvteknologier. Begrebet selvteknologi henter jeg fra Foucault, som i forsøget på at begrebsliggøre folks agens i produktive magtrelationer (jf. kapitel 3) introducerer selvteknologibegrebet i sine studier af subjektivering (Foucault 1982b i Rabinow og Rose 2003). Selvteknologier henviser til de konkrete redskaber, normer og idealer, som borgerne ved egen hjælp eller med hjælp fra andre anvender i forsøgene på at transformere sig selv for at opnå en

⁸⁴ Objekter der er blevet til ved menneskelig bearbejdning, dvs. kulturelt formende og betydningsbærende genstande (Sjørsløv 2013)

⁸⁵ Dvs., at der er væsensforskel på objekt og subjekt; det materielle og det immaterielle; præsentation og repræsentation. Med gentænkningen og ophævelsen tildeles objekt og subjekt en ligeværdig status som handlende og aktive komponenter i skabelsen af social virkelighed, hvilket åbner for en anerkendelse af diffuse og relative relationer mellem objekt og subjekt og en pluralitet af virkeligheder. I Science and Technology-studierne (STS) begrebsliggøres ophævelsen bl.a. med det semiotiske begreb 'aktant', der skal understrege, at det handlende ikke altid er et menneske. I STS indgår aktanter i et netværk med andre aktanter og igangsætter handlinger (se bl.a. Latour 1987; Bille og Sørensen 2012; Huniche og Olesen 2014). I antropologien har gentænkningen i stedet åbnet for diskussioner af, hvorvidt antropologen og de studerende deler samme virkelighed, samme ontologi, blot på forskellige måder, eller om der eksisterer forskellige virkeligheder (jf. bl.a. Grue og Vega 2013).

bestemt tilstand af lykke, renhed, perfektion eller udødelighed (ibid. s. 146).⁸⁶ Med begrebet understreger Foucault både det individualistiske og det instrumentelle i borgernes ageren (ibid.), men også at den moderne magtudøvelse ofte virker gennem subjektivering snarere end undertrykkelse og tvang (Otto 2003; Ryborg 2011). Hermed åbnes for en forståelse af deltagernes agens – brugen af viden og artefakter – som et udtryk for, at de også selv finder en interesse i at anvende rådene og artefakterne i hverdagen, bl.a. fordi de herigennem skaber sig selv som subjekter; som sunde(re) mænd.⁸⁷

For yderligere at nuancere deltagernes omgang med artefakterne og deres betydning for deltagernes livsstilsændringer introducerer jeg begrebet fetich. Fetich er oprindeligt et emisk begreb i det portugisiske sprog, der har rod i det latinske ord *facere* [at gøre] og henviser til religiøse objekter og talismænd, der er menneskeligt bearbejdet men tilbedes og tillægges guddommelige kræfter (Pietz 1985; Ellen 1988; Dant 1996).⁸⁸ Dvs. fetichen er tingen; gestalten; i sig selv (Ellen 1988; Sjørsløv 2010, 2015).

I antropologien har fetichbegrebet især været anvendt i studier af religion og magi, bl.a. med fokus på det processuelle og praktiske i omgangen med religiøse og guddommelige objekter samt fetichens medierende funktion (Ellen 1988; Dant 1996; Sjørsløv 2010, 2015).⁸⁹ Her betragtes

⁸⁶ Foucault definerer selvteknologier som “technologies of the self, which permit individuals to effect by their own means or with help of others a certain number of operations on their own bodies and souls, thoughts, conduct and way of being, so as to transform themselves in order to attain a certain state of happiness, purity, wisdom, perfection or immortality” (Foucault 1982b i Rabinow og Rose 2003 s. 146).

⁸⁷ Begrebet selvteknologi udvikler Foucault i den sidste del af sit forfatterskab i sine analyser af selvets hermeneutik i Antikkens græsk-romerske samfund, i hvilke han diskuterer subjektivitet og praksisformer relateret til den institutionelle norm om at tage vare på sig selv og vise ’omsorg for sig selv’. I analysen diskuterer han, hvordan idealet om selvet udvikles fra at handle om at tage vare på sig selv i forståelsen ’at passe godt på sig selv og sit forhold til sin mester’, til at være centreret omkring tilegnelsen af viden om sig selv, fordi det, bl.a. med kristendommens indførelse, blev sidestillet med at passe på sig selv og leve op til idealet om den gode borger (Foucault 1982b i Rabinow og Rose 2003). Ifølge Foucault sker der med stoicismen og med indførelsen af kristendommen i det græsk romerske samfund en intensivering i forståelsen af at passe på sig selv som ensbetydende med etablering af viden om sig selv. Hos Foucault bliver denne viden om selvet en teknologi, som anvendes i konstitueringen af selvet (Foucault 1982b i Rabinow og Rose 2003; Foucault 2004). Ifølge Foucault er selvteknologier dog ikke kun knyttet til Antikkens græsk-romerske samfund men er – sammen med de andre typer af teknologier – en generel karakteristika ved praksis og subjektiveringsprocesser i moderne vestlige samfund (Foucault 1982b i Rabinow og Rose 2003; Foucault 1984; 2002). Pointen hos Foucault er, at folk i kraft af at være etiske frie subjekter ganske naturligt vælger at følge samfundsnormer, procedurer og rationaler i samfundet, fordi de finder en egeninteresse i det, og fordi det skaber dem som subjekter. Begrebet om selvteknologi adresserer således de utallige måder, hvorpå det enkelte menneske refleksivt skaber sig selv og livet.

⁸⁸ Fetichbegrebet blev oprindeligt brugt af portugisiske sømænd til at beskrive vestafrikanske befolkningers tilbedelse af objekter og ornamenter, dvs. materialiseringer. Fetich var her en fællesbetegnelse for alle de ting, som vestafrikanerne anså som guddommelige, dvs. som kunne øve indflydelse gennem tilbedelse. Bl.a. religiøse, æstetiske eller erotiske objekter; ting af økonomisk værdi; ting til medicinsk brug; helbredsgenstande eller lykkeamuletter, og ting, som blev brugt til at aflægge løfter (jf. Ellen 1988; Sjørsløv 2013).

⁸⁹ De senere år er fetich også blevet anvendt i studier af sundhedsteknologier og/eller sundhedspraksis, bl.a. foranlediget af Bruno Latours begreb om ’factism’ der kombinerer ’fetich’ og ’fakta’ i forsøgene på at etablere et slægtskab mellem videnskab og religion. (Latour 2010; Danholt 2012; Sjørsløv 2010, 2015). Tilsvarende er fetichbegrebet blevet anvendt af Marx (og i senere

fetichen som et konkret medium, hvorigennem forholdet mellem kollektive repræsentationer og individuelle erkendelsesmæssige processer og praksisser artikuleres, primært med fokus på at skabe helhed og orden (se bl.a. Ellen 1988; Sjørsløv 2010, 2015). Eller med den danske antropolog Inger Sjørsløvs ord så er fetichen: "Formidlende mellemtung mellem den fysiske verden og den kulturelle verden forstået som menneskelige betydnings- og forestillingsverdener" (Sjørsløv 2013, s. 3).

I nærværende brug af fetichbegrebet refererer jeg hovedsageligt til den britiske antropolog Roy Ellens forståelse af fetich som et materielt objekt eller en abstraktion, der materialiserer sig i en konkret form, og hvis kvaliteter (og evne) bl.a. er forbundet med, at fetichen i overført betydning konkretiserer og objektiverer abstraktioner og (derfor også) medierer og skaber sikkerhed i ellers usikre og/eller foranderlige situationer (Ellen 1988, se også Sjørsløv 2010, 2015). Med fetichbegrebet ophæves adskillelsen mellem repræsentation og præsentation. Artefaktet *er* altså dets mening, og det er bl.a. i den egenskab, at fetichen bliver betydningsfuld. Formålet med at inddrage fetichbegrebet i nærværende sammenhæng er således at undersøge de betydninger, som ligger udover artefakternes konkrete nytteværdi og medvirker til en nuancering af, hvordan deltagernes agerer med råd og artefakter i forsøget på at ændre rutiner.

Ved at åbne for en forståelse af artefakterne og rådene som feticher, vil jeg argumentere for, at de (artefakterne og rådene) bliver betydningsfulde. Dels fordi de konkretiserer 'det sunde valg' og dermed transformerer abstraktionen om en sundere livsstil til en række konkrete og mulige praksisser (jf. Ellen 1988, s. 222). Dels fordi de er anvendelige i forsøgene på at kontrollere usikkerheden omkring egne livsstilsændringer, og fordi de herigennem gør det let(tere) at ændre rutinerede praksisser i en hverdag, der består af andet og mere end sunde valg.

forbrugsstudier) i undersøgelser af forbrugsgoder og deres bytteværdi i det kapitalistiske produktionssystem. Her kobles fetichismen sammen med fremmedgørelsen af produkters oprindelse i det kapitalistiske produktionssystem, hvor produktet reelt er produceret med øje for profit og altså har en brugsværdi. For forbrugeren derimod får produktet først en egentlig betydning i udvekslingen, dvs. en bytteværdi, hvor det bliver en vare, der kan tilfredsstille et behov, og som i den egenskab får sit eget liv uafhængigt af den oprindelige brugsværdi (Ellen 1988; Dant 1996; Bille og Sørensen 2012). Begrebet anvendes også i Freudianske studier, hvor fetich er forbundet med drengebarnets seksuelle indtryk under opvæksten. Her opdager han moderens manglende kønsorgan, som han formoder skyldes kastrering. Dregebarnet oparbejder en frygt for, at dette også vil ske for ham. Fetichismen ligger i, at han ved hjælp af materielle genstande forsøger at berolige sig og få et erotisk forhold til kvindens krop (jf. bl.a. Ellen 1988; Dant 1996; Bille og Sørensen 2012).

Artefakternes funktion på livsstilskurset

På livsstilskurset er viden og metoder, der kan skabe øget opmærksomhed på sunde og usunde rutiner blandt deltagerne i fokus. Det udmønter sig dels i formidling af en formel viden om bl.a. varedeklarationer, antallet af kilojoule og kalorier i forskellige mad- og drikkevarer samt en enkelte deltagers daglige kaloriebehov, dels i overleveringen af en række konkrete artefakter og råd, som deltagerne kan bruge i deres hverdag. Det kan eksempelvis være råd om kun at spise én portion til aftensmad, om at lade gryderne stå ude på køkkenbordet, så resterne ikke frister, om at spise mellemmåltider og dermed stabilisere blodsukkeret, eller om at benytte skridttællere og indarbejde det, underviseren kalder for "mikro-motion" i dagligdagen, hvilket fx er at tage trapperne i stedet for elevatoren eller stå af bussen et stop før destinationsstedet og gå resten af vejen mv. (Noter fra feltobservationer). Formålet med formidlingen af viden og artefakterne er at give deltagerne redskaber til at kunne tage refleksive og sunde valg, bl.a. fordi en refleksiv praksis som tidligere nævnt antages at være medvirkende til konstitueringen af en sundere livsstil på livsstilskurset.

I det efterfølgende afsnit vil jeg diskutere to af de artefakter, som deltagerne præsenteres for på livsstilskurset: En indkøbsguide og en handleplan: Det vil jeg for det første, fordi de fungerer både som formidling af en specifik viden – om henholdsvis udvalgte fødevarers næringsindhold og om den enkeltes vaner – samt som konkrete instrumenter til at foretage sundere valg. Dvs., at der i artefakterne både er integreret et normativt (og subjektivt) 'hvorfor' i form af bl.a. en visualisering af sundhedsforskrifter og deltagernes egen motivation samt et 'hvordan' i form af råd og konkrete hjælpemidler, som kan hjælpe til en sundere livsstil. For det andet er artefakterne interessante, fordi deltagerne benytter dem i forsøget på at ændre deres rutinerede praksisser, og fordi de med begejstring omtaler dem (og flere af de andre råd og artefakter) som "lette metoder", der hjælper dem i deres praktisering af livsstilsændringer. Hvorfor og hvordan, de bliver til "lette metoder", undersøger jeg i de efterfølgende afsnit. Først skal vi dog omkring livsstilskurset og præsentationen af og hensigten med de to artefakter. (Indholdet i de efterfølgende to afsnit har tidligere været publiceret i Schøler og Otto 2011).

Indkøbsguide

”Dagens tema er mellemmåltider, frugt, grønt og groft. Underviseren viser det nye fuldkornsmærke fra fødevarestyrelsen og spørger, om deltagerne har set det før? Et par af deltagerne siger ja, men at de ikke har tænkt over, hvad det var. Underviseren fortæller, at nøglehulsmærket gør det lettere at vælge det sundeste produkt inden for en bestemt varegruppe, og at varer med nøglehullet indeholder mindre og sundere fedt, mindre salt, mindre sukker samt flere kostfibre og fuldkorn end andre madvarer af samme type. Hun fortæller videre, at deltagerne kan kigge efter nøglehulsmærket, [når de køber ind], og at det [nøglehulsmærket] er en måde at blive opmærksom på fiberindholdet i forskellige produkter. Ingen af deltagerne siger noget. Det ser ud som om, de sidder og lytter – de kigger alle på hende. Hun udleverer lidt efter en indkøbsguide til deltagerne. Hun kalder den en guide til varedeklarationer, da hun præsenterer den. Den er fra hjerteforeningen. Guiden er lamineret og cirka på størrelse med et visitkort, altså 8-9 cm bred og 5-6 cm høj. Flere af deltagerne påpeger, at den er lille og handy, hvilket virker til at passe dem fint. De taler om, at den lige kan være i pengepungen eller i baglommen.

Indkøbssguiden har tekst på begge sider, og hver side har en farve. Den ene side er gullig, og her er der angivet det anbefalede indhold af henholdsvis kostfibre og fedt pr. 100 g af varen. Den anbefalede mængde af kostfibre og fedt er angivet for hvedebrød, rugbrød og morgenmadsprodukter. For mælk og surmælksprodukter, ost, kød og pålæg, fisk, færdigretter, frosne kartoffelprodukter, dressinger, saucer og pålægssalater er der kun angivet maks. gram fedt. Den anden side er blå, og her står der med lidt større skrift ”spar på sukkeret”. Der er en kort tekst med anbefalet mængde sukker for børn i forskellige aldersgrupper, mænd og kvinder. En rubrik på højre del af den blå side har også en tekst, hvor sukkerindholdet i sodavand, juice og saft samt morgenmadsprodukter er angivet, og hvor der står, at man skal vælge drikkevarer uden sukker til hverdag. På den blå side er der også billeder af nøglehulsmærket og et andet af Fødevarestyrelsens på daværende tidspunkt nye mærker; et orange ”vælg fuldkorn først”.

Underviseren fortæller, at de med indkøbsguiden kan lade sig inspirere og gå på opdagelse i madvarerne, når de køber ind. Hun taler om, at de kan få en oplevelse med den. Michael konstaterer, at vi sidste gang hørte om kalorier, og hvor mange kalorier, der er i hvilke madvarer, og nu i dag om fedt, og han påpeger, at det begynder at blive kompliceret. Flere af deltagerne virker dog til godt at kunne lide den lille indkøbsguide, og jeg tænker, at det bliver interessant at se, om de bruger guiden. Da tiden er gået, og der er opbrud i gruppen, spørger Rene underviseren, om han må få en ekstra indkøbsguide med til sin kone; så har hun også en, når det er hende, der handler. Flere af deltagerne spørger om det samme, og underviseren udleverer guiderne.

Da vi mødes 14 dage efter ved næste undervisningssession, spørger underviseren, om deltagerne har brugt indkøbsguiden? "Nå, den her", siger deltageren Kurt og hiver guiden op fra skjortelommen. "Ja, den er rigtig god", og "den ligger godt i hånden – ikke et stykke papir, man står og flagrer med". "Den er nem", fortsætter han og siger, at han "er blevet helt vant til at bruge den". "Min kone spørger, hvor jeg bliver af [når vi er ude og handle], og jeg siger, nej vent nu lidt, jeg skal lige... nej højst fem gram fedt, det går ikke". Mange af de andre deltagere fortæller også, at de bruger den. Bjarne fortæller, at han har brugt den ved køb af mysli og påpeger, at når man først har fundet ud af, hvilken to varianter man kan gå efter, så er det nemmere. Johnny siger, at han er blevet overrasket over, hvor meget kulhydrat og energi der er i Solgryn [havregryn], men om det ikke hænger sammen med fedtindholdet? Underviseren siger, at man kan bruge indkøbsguiden til at gøre det nemmere at overskue, hvor mange kalorier etc., der er anbefalet i en bestemt madvare, så man ikke skal stå og tælle sammen" (Uddrag af feltnoter).

Som det fremgår af ovenstående uddrag består indkøbsguiden af en række sundhedsfaglige facts, der i en sundhedsfremmende optik anses som nødvendige at have kendskab til for at kunne foretage de rette sunde valg, samt et par visuelle symboler, som skal gøre det lettere at overskue hvilke produkter, der opfylder de ernæringsmæssige anbefalinger, på supermarkedernes hylder (Schøler og Otto 2011). Via afbildninger er en række gældende moralske værdier således integreret i guiden. Med indkøbsguiden forsøger underviseren at give deltagerne et redskab til at

ændre på nogle af deres mere usunde vaner. Man kan sige, at bevidstgørelsen om, hvad sund mad er, foregår ved hjælp af en lille praktisk genstand, som gradvis skal styre praksis i den rigtige retning. Formålet er med hjælp fra indkøbsguiden at gøre deltagerne mere opmærksomme på både de produkter, de normalt køber og spiser, og de muligheder, de har for at foretage sundere valg (ibid.). Hensigten med guiden er således at influere og påvirke deltagernes handlinger hen mod en sund(ere), reflekteret livsstil.

Det interessante ved indkøbsguiden er dog, at deltagerne med den i hånden ikke behøver huske på, hvad underviseren har fortalt om produkters næringsindhold og foretage et vidensbaseret valg ud fra disse erindringer. De skal blot tjekke nogle tal, der siger noget om fedt, sukker eller fiberindhold i de madvarer, de køber, og kan på den måde integrere flere ernæringskorrekte produkter i de daglige madvaner (Schøler og Otto 2011). Flere af deltagerne fortæller under gruppesessionerne, at det tager meget længere tid at handle, fordi de tjekker varedeklARATIONER, og nu er blevet opmærksomme på, hvor stort et produktudvalg, der egentlig er i supermarkederne, og ikke længere bare køber det, de plejede. Artefaktet fungerer således som en hjælp til at foretage de sunde valg, også før de nødvendigvis er reflekterede valg (ibid.). Det har ellers været almindeligt i folkesundhedsarbejdet at gå ud fra, at borgeren skulle gøres sundhedsbevidst og have viden om kroppens biologi og kemi for at kunne udvikle færdighederne til at vælge det sunde frem for det usunde (se bl.a. Meillier 1994; Petersen og Lupton 1996; Buchanan 2000; Otto 2003; Jansen 2010; Schøler og Otto 2011; Cohn 2014), men det synes også at fungere omvendt, således at de sunde valg, selv om de ikke umiddelbart er reflekterede, efterhånden skaber en form for sundhedsbevidsthed. Det er tilsyneladende ikke kun deltagernes refleksioner over madvaner og madprodukter, der styrer valgene, men også valgene, der former refleksionen, fordi det ikke er nødvendigt, at deltagerne bliver klogere på fødevarernes sammensætning og indhold. Den formelle viden er jo transformeret til tal og symboler i en lille lommeuide, der kan anvendes som en selvstyringsteknologi (Schøler og Otto 2011). Det er således igennem bl.a. formgivningen af billedelige helheder, at kompleksiteten i at forandre indlejrede rutiner og tage sunde valg reduceres (jf. Sjørlev 2010). På en måde erstatter det 'lille stykke teknologi' dermed det reflekterede valg, skønt refleksionen stadig anses for central for at få en sundere livsstil på livsstilskurset (Schøler og Otto 2011).

Handlingsplan

Et andet artefakt, som underviseren benytter til at skærpe og fastholde opmærksomheden på egne vaner blandt deltagerne, er en handlingsplan, der udleveres til deltagerne under den første undervisningsgang. Handlingsplanen er et skema på et A4-ark, som er inddelt i fire rubrikker. I første rubrik skal man notere sin nuværende vane. I anden rubrik den ønskede ændring. Tredje rubrik indeholder en adressering af, hvilken prioritet den pågældende vane har. Og den sidste rubrik omhandler starttidspunktet for ændringerne. Ifølge underviseren skal deltagerne fokusere på, hvilke små ændringer, de kan lave, som vil bringe dem tættere på deres mål. Den enkeltes handlingsplan, og hvordan det går med de vaner, deltagerne vil ændre, samt om deltagerne har taget nye små skridt, (dvs. er begyndt at ændre flere vaner) siden sidste mødegang, er et gennemgående tema ved hver kursusgang. Under et interview med underviseren fortæller hun om handlingsplanen:

”Vi lærer stadigvæk [sundhedsprofessionelle i kommunen], at det er vigtigt at holde sig til den handleplan. Det går bedre med det sidste hold [det pågældende hold], fordi de får talt frem, at det er den [handleplanen], vi kigger på. For det kan hurtigt løbe ud i sandet, at, nåh ja, hvad var det egentlig, jeg [deltagerne] havde besluttet mig for. Så virker det hele lidt for uoverskueligt. [....]. Det er det, som Små skridt gør meget, at det skal være konkret. Det kan jeg også mærke her på det sidste. De mænd, der er i gang; det er svært for dem; ”åhhh det var det [skridt], jeg satte for laaaang tid siden”. De er [...] ikke blevet fastholdt hele tiden. Så er det frem med planen, og hvor er du i forhold til det, fordi så blev det vaner, og så kan man ikke huske det” (Interview med underviser).

Handlingsplanen bliver for underviseren et instrument til at fastholde refleksionen i forhold til de ting, deltagerne gør, og hvilke vaner, de har ændret og hvorfor, fordi den visualiserer og konkretiserer den enkeltes beslutninger og de skridt, som den enkelte deltager har taget og planlægger at tage senere i forløbet. Samtidig fungerer handlingsplanen også som en metode til at formidle viden om den enkeltes proces; en viden som underviseren og den pågældende deltager kan anvende i den konkrete praktisering af livsstilsændringerne. Med handlingsplanen ansvarliggøres den enkelte ved at fastholde et fokus på de valg, deltagerne har taget, som derfor

ikke kan tilskrives andre. Forventningen er, at de selvvalgte vaneændringer vil forpligte deltagerne til at holde fast i og praktisere deres valgte vaneændringer.

Som det fremgår af ovenstående, er hensigten med artefakterne at øge deltagernes opmærksomhed på, hvordan de kan skabe en sundere livsstil og herigennem forpligte dem til at fastholde dem. De er med andre ord først og fremmest disciplinerende redskaber, der skal hjælpe deltagerne til at objektivere deres rutinerede praksisser. Men det er en disciplinering og en styret opmærksomhed, som er 'pakket' ind i en række artefakter og råd, der alle har til formål at konkretisere 'skridtene' (de valgte vaneændringer) til en sundere levemåde, og gøre dem lettere at integrere i deltagernes dagligdag. I eksemplet med indkøbsguiden er det indkøbene, der bliver nemmere, når deltagerne kan konsultere en facitliste, som ikke kræver, at de nødvendigvis skal forholde sig reflektivt til indkøbet, og som derfor letter de sunde valg. Med handlingsplanen er det omvendt vejen til en sundere livsstil, som konkretiseres og gøres operationaliserbar. Bl.a. fordi vejen til en sundere levemåde 'blot' indebærer det selvvalgte antal små skridt. Komplexiteten i livsstilsændringerne reduceres altså gennem de materielle afbildninger (Jf. Sjørlev 2010). På livsstilskurset får rådene og artefakterne således en central betydning, fordi de, bl.a. ved at konkretisere en ellers abstrakt værdi om sundhed, kan og skal hjælpe deltagerne til at nå deres mål om en sundere livsstil.

Deltagernes anvendelse af og omgang med artefakterne

Størstedelen af deltagerne på livsstilsholdet har forsøgt at ændre vaner og opnå vægttab flere gange inden deltagelsen på livsstilskurset. Forsøgene er imidlertid fejlet, bl.a. fordi de ikke kunne forene tilgangen i de anvendte slankekure med en hverdagspraksis på længere sigt og derfor ikke kunne gøre en sundere praksis til en rutineret praksis. En generel holdning blandt deltagerne er, at slankekure er svære at fastholde, fordi de indebærer "drastiske ændringer" i de daglige rutiner, hvilket på sigt gør ændringerne svære at fastholde.⁹⁰

⁹⁰ Diskussionen om langtidseffekten af store kontra små livsstilsændringer i dagligdagen er også et sundhedsvidenskabeligt debateme, som præger diskussioner om vægttab og livsstilsændringer, og det er en debat, der deler de respektive sundhedsvidenskabelige forskere i to lejre (Se bl.a. Astrup 2008; Hill 2009, Sherwood m.fl. 2010; Interview med Brændgaard 2011; Rosenkilde m.fl. 2012; Casazza m.fl. 2013). Den ene gruppe af forskere argumenterer på baggrund af kliniske interventionsstudier for, at drastiske ændringer i hverdagen har en større effekt på deltagernes sundhedstilstand end små ændringer, og at et eventuelt vægttab kan fastholdes (jf. bl.a. Casazza m.fl. 2013). Den anden gruppe af forskere argumenterer omvendt for, at det er lettere for deltagerne at fastholde små ændringer i hverdagen, og at de små ændringer derfor vil have en større virkning på deltagernes sundhedstilstand end de drastiske ændringer, hvor vægttabet ofte ventes at blive reduceret med tiden (jf. bl.a. Stroebele m.fl. 2009; Hill 2009; Rosenkilde m.fl. 2012). Trods uenighederne om langtidseffekten ved vaneændringer har

Bjarne og 'den lille grønne mand'

Deltageren Bjarne er en af de deltagere, der jævnligt taler om, at det erfarses som "let at være på livsstilsændringer" i modsætning til hans erfaringer med "slankekure". Bjarne er 63 år ved kursets begyndelse. Han er pensionist men har tidligere arbejdet som bankmand. Han bor sammen med sin kone i et parcelhuskvarter i Vallensbæk Kommune og har to voksne børn og et par børnebørn. Han er i gang med at tage en HF, som han forventer at færdiggøre midt i forløbet med livsstilskurset. Bjarne har gennem livet haft en aktiv livsstil. Han har tidligere løbet flere gange om ugen men har på grund af knæproblemer måttet opgive løbet. I stedet går han en tur om morgenen flere gange om ugen. Bjarne kan godt lide at få pulsen op, fordi "man har det så dejligt bagefter". Madvanerne har han til gengæld ikke spekuleret så meget over i tidens løb. Bjarne vil dog gerne tabe sig lidt og få nogle sundere rutiner, blandt andet fordi han gerne vil leve længere og undgå sygdomme. Han har tidligere forsøgt sig med slankekure, men de har ikke givet et varigt vægttab (interview med Bjarne). Under mit besøg hos Bjarne taler vi om Bjarnes erfaringer med at tabe sig:

"En kur kan man ikke holde. Den er jo *alt* for barsk. Man skal lægge *alt* for store bånd på sig selv, og så tage dem [de tabte kilo] på igen i løbet af et halvt år. For det går meget hurtigt med at tage dem på igen. [..]. Det er ikke så barsk at være på livsstilsændringer. Det er jo nemt lige at vænne sig til at spise et mellemmåltid: Lige tænke over, hvad det er, man smører på, i stedet for at tage den fede ost, som jo smagte godt – og på hvidt brød. Jamen så køber man noget knækbrød med den der grønne mand på, som i øvrigt smager udmærket, det er slet ikke - det er hverken tørt eller noget andet og så en meget mindre fed ost. [..] Det er næsten blevet en hel sport at kigge efter det der grønne mærke. [...] Så gradvist, næsten uden man tænker over det, så får man sundere livsvaner [...] Jeg skal lige have skiltet [indkøbsguiden] op, når man er oppe i Netto, siger hvad fanden er nu det der, men så slemt er det

argumentet dog været, at sundhedsinterventioner ofte ikke har en langvarig effekt på deltagernes hverdagsvaner eller vægt, hvis de inkluderer en drastisk ændring i kost og motionsvaner, idet store omvæltninger er svære at fastholde i en dagligdag, der for mange er bestående af andre gøremål, relationer og forventninger end spørgsmålet om at leve og agere som et sundt subjekt (Chapman 1991; Bech Risør 2003; Grøn 2004; Astrup 2008; Hill 2009). Jeg vil ikke her afgøre, om store eller små ændringer i vaner, har større eller mindre virkning på vaneændringerne, men vil blot henvise til, at det er en diskussion som deltagerne på livsstilskurset – på baggrund af deres egne erfaringer – er inspireret af i deres tilgang til vaneændringer. Den influerer således på deres forståelse af livsstilsforandringer, og den proces de igangsætter ved at ændre på deres vaner.

ikke. Man lærer også at huske det efterhånden. [...] Det kommer bare stille og roligt ind i vanerne ikke" (Interview med Bjarne).

Som det fremgår af citatet fra Bjarne er det bl.a. de konkrete artefakter og råd – mellemmåltider, "den lille grønne mand" ['spis fuldkorn' symbolet] og indkøbsguiden – der medvirker til, at det for Bjarne erfares som "let" at gøre de sunde valg. Bl.a. fordi han – i modsætning til formålet med teknologierne på livsstilskurset – ikke skal reflektere over det. Artefakterne *gør* i Bjarnes tilfælde de sunde valg. De tillægges altså en selvstændig handlekraft og bliver samtidig også et symbol på Bjarnes aktive indsats for at få sundere rutiner; en identitetsmarkør (jf. bl.a. Veblen (1899) [2007]; Bourdieu 1984; Sjørsløv 2013). Brugen af artefakterne og rådene er med til at konstituere Bjarne som et ansvarligt og etisk subjekt, der tager vare på egen sundhed og velvære. At vægttabet i første omgang ikke følger med, er ikke det afgørende for Bjarne, for som det fremgår, forventer han, at artefakterne med tiden vil transformere de nye sundere praksisser til rutiner og dermed et vægttab. Artefakterne bliver således betydningsfulde, fordi de medierer mellem Bjarnes ønske om at tabe sig og hans tidligere erfaringer, og fordi de er med til at skabe en vis sikkerhed i en ellers usikker situation: At det ønskede vægttab kan nås på trods af, at hans tidligere forsøg ikke har givet det ønskede resultat.

Teknologiers medierende funktion adresserer den britiske antropolog Alfred Gell i teksten "Art and Magic", hvor han sidestiller teknologi og magi (Gell 1988). Ifølge Gell er magi en ideel teknologi, der "orient practical technical procedures at the cognitive symbolic level" (ibid. s. 7). Magi er en symbolsk kommentar til teknologiske strategier (ibid. s. 8), der organiserer og formaliserer teknologiske foranstaltninger og aktiviteter (ibid. s. 8), og som samtidig indsætter "the ideal in the real" (ibid.). Som teknologi afspejler magien en ideal standard i henhold til hvilken, folk kan orientere deres hverdagshandlinger. I eksemplet med Bjarne fx et vægttab og en sund livsstil. Tilsvarende har teknologierne ifølge Gell også en evne til at virke magiske og 'fortrylle' folk (Gell 1988; jf. også Sjørsløv 2013). I Gells optik ligger fortryllelsen i troen på teknologiens magiske kraft, dvs. troen på, at teknologien kan gøre noget – den indvirker på folk. I eksemplet med Bjarne er det fx troen på, at "den lille grønne mand" gør de sundere rutiner. Hvis jeg følger Gell, er det bl.a. i kraft af artefaktets magiske evne, at der, som Bjarne pointerer, er "gået sport i at finde ham [fuldkornsmærket]" under indkøbene, og at det med fuldkornsmærket (og de andre artefakter og råd) tilsvarende erfares som "let" at ændre rutiner.

Bjarnes omgang med artefakterne kan således sidestilles med et forsøg på at adressere "the ideal in the real", dvs. et forsøg på at nå målet om en sundere livsstil. Det er i kraft af at være en formidlende mellemting mellem idealet og en rutineret hverdagspraksis samt i kraft af en kulturel logik om, at vægttabsinterventioner erfaringsmæssigt er drastiske og ikke giver en ønsket virkning, at artefakterne bliver magiske, dvs. feticher. De transcenderer med andre ord Bjarnes tidligere erfaringer og vanlige fornemmelser med, hvad der er muligt i en hverdagskontekst (Jf. Sjørlev 2013).

Hans og handleplanen

Deltageren Hans har ligesom Bjarne også forsøgt at tabe sig flere gange inden deltagelsen på livsstilskurset med det, han kalder "en snuptagsløsning": Meget motion og ingen fedt i en periode, hvilket han fortæller, har givet et vægttab. Dog har han ifølge eget udsagn gang på gang taget de tabte kilo på igen, idet han efter en kort periode med de restriktive mad- og motionspraksisser er faldet tilbage til de tidligere rutiner, fordi der "ikke rigtig er nogen plan eller kontrol" med Hans' egne forsøg. Desuden fortæller Hans, at han, når han er på arbejdet, hvor han kører meget rundt, ofte har købt grillmad eller anden fastfood til frokost, fordi han ikke har haft madpakke med hjemmefra, og de usunde spisevaner, mener han, har medvirket til, at han løbende tager på igen. I starten af livsstilskurset har Hans ikke et egentligt mål med sin deltagelse, ud over at han gerne vil tabe sig og leve sundere, og han igangsætter kun enkelte vaneændringer. Med tiden bliver Hans dog mere og mere begejstret for livsstilskurset, bl.a. foranlediget af, at han taber sig, uden at han efter eget udsagn, synes, at det har været svært at indføre de nye sundere praksisser, som fx at portionsanrette maden, spise mellemmåltider og købe ind efter indkøbsguiden. Desuden bruger han også handlingsplanen aktivt. Hans fortæller:

"Det har hjulpet mig at sætte det på papir i stedet for at tro, at det styrer jeg i baghovedet med venstre hånd. At sætte mine måltider på papir gør, at jeg er meget mere orienteret på, hvad jeg skal, så der ikke kommer de der hovsa løsninger, som jeg har haft tendens til før. Også i forbindelse med det målsætningsskema [handleplanen], jeg lavede. Jeg har jo aldrig før tænkt over det. Frokost har jo ikke været noget, jeg sådan har planlagt på nogen måde; det var, hvad der var i løbet af dagen, eller hvor vi kom forbi, når vi kørte rundt, og hvor vi nu var henne. Det at jeg har skrevet det ned på papir - at jeg skal forholde mig til det [hvad jeg skal have til

frokost]; huske at jeg har vand med i bilen, så jeg ikke nødvendigvis skal gå ind og købe sodavand. Det har helt sikkert tydeliggjort for mig, at det hjælper, at man planlægger sin dag og specielt sin mad, og når man så gør det, så er det egentlig ikke så meget, der skal til, for ligesom at leve et andet liv” (Interview med Hans).

I eksemplet med Hans fungerer handlingsplanen som et instrument til at fastholde et fokus på en sundere livsstil igennem hele dagen; også på arbejdet, hvor hans opmærksomhed i højere grad er rettet mod sine arbejdsforpligtelser og kollegaer end mod egne spisevaner. Med hjælp fra handlingsplanen forsøger Hans således at inkorporere og udleve nogle af de normative forskrifter og moralske værdier, som er knyttet til projektet om at få en sundere livsstil, og artefaktet bliver på den baggrund et konkret instrument i Hans’ dannelsesproces. Samtidig fungerer handlingsplanen – det at sætte sine små skridt på papir – som sikkerhedshåndtering i en travl hverdag, hvor han gerne vil gøre de sunde valg, men hvor bl.a. arbejdsrutinerne, tiden og omgangen med kollegaerne fastholder ham i vante rutiner. Handlingsplanen hjælper Hans til at få styr på sine rutiner, fordi vejen til en sundere levemåde materialiserer sig i ord og skema.

Ifølge de danske antropologer Tine Tjørnhøj-Thomsen og Helle Ploug Hansen er ord [trylleord] og deres transformative potentialer essentielle i en rituel handling, bl.a. fordi de er handlinger, som er med til at give folk en fornemmelse af kontrol, og fordi trylleordene i relation hertil forventes at have en indvirkning på den pågældende situation og handling. Med andre ord har ord – som ting – også agens (Tjørnhøj-Thomsen og Ploug Hansen 2013, s. 105-106). I Tjørnhøj-Thomsen og Ploug Hansens studier anvendes trylleord – forskellige mantraer, ordsprog og metaforer – af informanterne til at forsøge at håndtere og få kontrol med situationen som barnløs eller kræftdiagnosticeret (ibid.). Selv om den usikkerhed som efterfølger et forsøg på at ændre rutinerede praksisser ikke tilnærmelsesvis kan sammenlignes med den eksistentielle usikkerhed, som alvorlig sygdom eller barnløshed afstedkommer, bliver ordene i Hans’ tilfælde; altså de nedskrevne ord i handlingsplanen; også magiske i kraft af deres evne til at strukturere handling og skabe sikkerhed. De er med andre ord ikke bare ord, men betydningsfulde ord, der medvirker til, at Hans erfarer, at han er i kontrol med sine vante usunde rutiner. Ordene bliver således magiske, fordi de transformerer Hans’ tidligere ureflekterede usunde rutiner til reflekterede sunde valg, samtidig med at de også gør den sundere livsstil til en erfaret let og derfor opnåelig praksis, netop

fordi det ikke kræver en konstant stillingtagen. Ordene medierer således mellem en ureflekteret og reflekteret praksis.

Benny og portionsanretningerne

Deltageren Benny har som Bjarne og Hans også indarbejdet mange af rådene og artefakterne fra livsstilskurset i sin dagligdag. Benny er 39 år ved kursets begyndelse og bor i et parcelhus sammen med sin kone og deres to sønner på 7 og 10 år. Han er uddannet elektriker men har de senere år arbejdet i et flexjob i den nærliggende kommune. Benny har i flere år lidt af kroniske rygsmerter, og den dårlige ryg hæmmer og begrænser Benny i hverdagen. Bl.a. ligger han mange timer dagligt ned på en seng, der er opstillet i stuen for at hvile ryggen. Benny vil gerne være en nogenlunde velfungerende far trods smerterne, og familien betyder meget for ham. Han har flere gange forsøgt at tabe sig, fordi han håber, at et vægttab vil hjælpe på smerterne, men det er ikke lykkedes ham at komme ned i vægt. Lægerne har meddelt Benny, at de ikke kan gøre mere for ham, så det er ifølge Benny op til ham selv at forsøge sig frem og mærke efter, om der er noget, han kan gøre, som kan dæmpe smerterne. Og her er livsstilskurset en oplagt mulighed.

Benny er generelt meget begejstret for livsstilskurset og Små skridt tilgangen, og han er en af de deltagere, der igangsætter flest vaneændringer, primært i relation til sine madvaner, da han pga. ryggen er begrænset i sine udfoldelsesmuligheder. Som for Hans er det også for Benny vigtigt, at han med deltagelsen på livsstilskurset både er blevet mere opmærksom på sine vaner og har fået metoder til at ændre dem. Det afgørende for Benny synes dog at være, at hans små skridt bliver til rutinerede praksisser, for han kan efter eget udsagn "godt lide de faste rytmer" – at handlingerne "ligger på rygraden", fordi "så skal man ikke tænke så meget over det" (Interview med Benny). Som vi skal se i nedenstående uddrag fra mit interview med Benny, bliver artefakterne, som hos Bjarne og Hans, centrale i denne proces med at transformere nye sundere praksisser til rutiner.

Benny er ofte alene hjemme om eftermiddagen. I tiden, indtil familien kommer hjem, ligger Benny på sengen i stuen, som er opstillet foran fjernsynet. For Benny er det "lidt farligt for mig fra kl. tolv til seks når jeg ser fjernsyn". Fjernsynets "køren" tager lidt af opmærksomheden fra smerterne, fortæller han, men det er ikke kun smerterne, som rutinen "at se fjernsyn" tager opmærksomheden fra. Opmærksomheden på eget madindtag forsvinder ifølge Benny også:

”Når jeg ser fjernsyn, fordi det ikke altid er, at min hjerne når at opfange, hvis jeg putter noget i munden. Selvfølgelig skal jeg gå ud og hente det [nødder eller rosiner]. Men du skal ikke tage en hel skål ind; så er det bedre at lave en lille bønne, og når den er tom, jamen så er den det. Det er de ting, man lige skal huske; lav en lille skål, og hvis du får spist det hele, så ved man ligesom, nå det var det” (Interview med Benny).

Ud fra Bennys refleksioner fremgår det, at portionsanretningerne og den efterfølgende visualisering af en tom bønne medvirker til en opmærksomhed omkring eget madindtag og behov, og det er en strategi, som Benny generelt begynder at benytte til at tilpasse mængden af sit madindtag – både om eftermiddagen og under aftensmaden, hvor placeringen af gryderne i køkkenet og portionsanretninger skal forhindre, at han spiser for meget.

Et andet artefakt, han anvender til regulering af praksis, er et ur. På livsstilskurset har underviseren anbefalet deltagerne at spise mellemmåltider for at stabilisere blodsukker. For Benny er det svært at huske at spise et mellemmåltid mellem morgenmaden og frokosten, fordi han er på arbejde, og tiden går, uden at han registrerer det. Han fortæller:

”Jeg har sat uret [på mobiltelefonen] til at bippe, fordi mange gange er tiden fløjet af sted. Nu kan jeg høre automatisk, nu bipper den, nå nu er der et eller andet. Den [at spise mellemmåltid] er ikke kommet naturligt endnu, der flyver min tid simpelthen væk” (Interview med Benny).

Med portionsanretningerne og urets ringen lettes arbejdet med vaneændringerne. Eller i hvert fald lettes behovet for den konstante refleksion, fordi det er via artefakterne, at de sundere praksisser gøres. Det er ringetonen, der gør, at Benny agerer ansvarsfuldt og spiser sine mellemmåltider, ligesom det er den lille bønne, der gør, at han ikke spiser for meget. Samtidig erfares det som let(tere), bl.a. fordi doseringen betyder, at Benny ikke skal forhandle med sig selv, om han skal spise mere, fordi der ikke er mere. Som han fortæller, senere i interviewet, så var problemet førhen:

”Havde jeg lavet sådan en gryde (viser med armene en rundkreds – signalerer en stor gryde), selvom man siger, man godt kan gemme til næste dag, var det jo lige før, det

skulle spises det hele, for nu havde man lavet maden. [...] Nu ved jeg, at det er en portion, jeg skal have, og så er det ligesom det” (Interview med Benny).

Ved at gøre brug af artefakterne og rådene forsøger Benny således at genvinde kontrollen over egne rutiner, og som i eksemplet med Bjarne og Hans er det bl.a. brugen af artefakterne, der medvirker til opretholdelse af en balance mellem rutinerne; ’se fjernsyn’, ’arbejde’, ’have smerter’; og ønsket om et vægttab og en sundere levemåde. Min pointe er, at artefakterne – både i sig selv og i Bennys omgang med dem – er med til at genskabe en erfaret stabilitet mellem de muligheder og begrænsninger, som Benny erfarer. I stedet for blot at være et spørgsmål om at skabe refleksioner bliver artefakterne instrumenter til at mediere og navigere i den konkrete forandringsproces, bl.a. fordi de gør det abstrakte ideal om en sund livsstil konkret og gør det til tider ubegribelige ’hvordan’ til et begribeligt ’sådan’. Artefakternes værdi ligger for Benny, Hans og Bjarne således i deres evne til også at mediere og transformere den nye sundere praksis til en rutineret hverdagspraksis uden nævneværdig dramatik. Altså i deres evne til at genetablere en følelse af stabilitet i hverdagen, der for deltagerne er væsentlig for, at de kan fastholde den sundere levemåde.⁹¹

Michael og mellemmåltiderne

At rådene og artefakterne tillægges en helt specielt betydning i forsøgene på at ændre vaner, tydeliggøres også i deltageren Michaels anstrengelser for – og refleksioner omkring – sine mellemmåltider. Michael er 62 år, da vi begynder på livsstilskurset. Han er pensionist og bor sammen med sin kæreste. Michael har to voksne børn og fem børnebørn. Han har efter eget udsagn aldrig været en familiefar, men det har ændret sig med børnebørnenes ankomst. Michael har type 2-diabetes og tager en speciel type medicin, der øger kroppens insulinproduktion og samtidig sænker Michaels appetit, fordi det er vigtigt, at han taber sig. Det er ifølge Michael ”sidste udkald”, hvis han ikke vil dø inden for den nærmeste fremtid. Og det vil han ikke, fortæller han under vores interview, for han vil se sine børnebørn vokse op. Og medicinen virker tilsyneladende. I hvert fald fortæller Michael ofte under undervisningssessionerne, at han ikke længere har nogen appetit, og han taber sig også undervejs på kurset.

⁹¹ At rutiner og følelsen af stabilitet er essentielle i hverdagen understreges også i andre studier af og tilgange til hverdagspraksis, jf. bl.a. Dewey 1922, 1929; Grøn 2004; Shilling 2008; Nettleton m.fl. 2010; Ehn og Löfgren 2010.

Michael har kort før opstarten af livsstilskurset gået til diætist, og hun har – ligesom underviseren på livsstilskurset – meddelt ham, at han skal spise mellemmåltider for at stabilisere blodsukkeret. Under vores interview fortæller Michael, at han har svært ved at spise mellemmåltider, fordi han pga. medicinen ikke er særlig sulten, men: ”det er jo vigtigt, at jeg spiser dem”, konkluderer han. Jeg spørger Michael, hvorfor han skal spise mellemmåltider, og han fortæller prompte ”jamen det skal alle mennesker jo” for at leve sundt og tabe sig. Han ser opgivende ud og gengiver igen, at han næsten ikke har nogen appetit til aftensmaden (Interview med Michael).

Som det fremgår af fortællingen om Michael, tillægger han rådet om mellemmåltider så meget værdi, at det får en kontrollerende, ja nærmest dominerende, indvirkning på ham, fordi det får ham til dagligt at spise sine mellemmåltider til trods for, at han pga. medicinen ikke spiser mere end anbefalet og heller ikke føler sult i løbet af dagen. I Michaels tilfælde tilskrives mellemmåltiderne en absolut og uafhængig betydning uanset hans personlige erfaringer. Det er mellemmåltiderne: guleroden, klementinen og knækbrødet samt ’fuldkornsmærket’ på brødpakkerne, der gør vægttabet, og (derfor) en længere levetid sammen med børnebørnene. Og det er mellemmåltidet, som gør, at han – i relation til andre – kan opretholde en identitet som ansvarligt individ, jf. kommentaren om, at ”det skal alle mennesker”. Ifølge Ellen er feticher karakteriseret af et tvetydigt magtforhold mellem person og objekt, der bl.a. kommer til udtryk ved, at objektets symbolske værdi fastholdes trods modstridende oplevelser og forklaringer (Ellen 1988, s. 228). Jo større betydning, en person tillægger et objekt, desto mere kontrol – magt – har objektet ifølge Ellen over personen (ibid. s. 229). I Ellens optik får rådet om mellemmåltider magt over Michael, fordi han lader sig styre af det i sin daglige praksis. Det fastholder ham i troen på, at han gør de sunde valg, og bliver på den baggrund et helt centralt punkt i Michaels forsøg på at blive en sund(ere) mand.

For resten af deltagerne på holdet er det tilsvarende rådene og artefakterne: indkøbssguiden, handleplanen, mellemmåltider, gryderne i køkkenet, en portions aftensmad mv., som de under evalueringen af livsstilskurset fremhæver som værende af central betydning for erfaringerne med at ændre livsstil, fordi de har muliggjort igangsættelsen samt fastholdelsen af deres små skridt. Det er bl.a. sket ved at gøre dem mere opmærksom på deres usunde vaner men også ved at konkretisere og visualisere, hvordan de nye praksisser transformeres til rutinerede praksisser (For

lignende argument se Pols 2010), og herigennem være formidlende mellemting mellem idealet om en sundere livsstil og muligheder og begrænsninger i hverdagen.

Hvor hensigten med artefakterne og rådene på livsstilskurset er at øge deltagernes refleksioner, er den pointe, jeg vil have frem, at deltagerne i højere grad tager imod de præsenterede artefakter og råd, fordi de (også) fungerer som en slags smutveje til målet ved at lette den daglige praksis med at kontrollere vanerne, samtidig med at de hjælper med at genetablere en rutineret hverdagspraksis, dvs. en følelse af stabilitet i hverdagen. På en måde synes det 'lille stykke teknologi' at erstatte det reflekterede valg og medvirke til, at ændringer i rutinerne bliver praktisk mulige i en hverdag, hvor andet og mere end en usund livsstil fylder (Schøler og Otto 2011). Artefakterne giver med andre ord mulighed for at agere i det kaos af muligheder, som en forandringsproces indebærer.

Delkonklusion

I dette kapitel har jeg analyseret nogle af de råd og artefakter, som deltagerne introduceres for på livsstilskurset, og som de efterfølgende anvender i deres forsøg på at ændre deres usunde rutiner. Som det fremgik af analysen, er formålet med artefakterne først og fremmest at øge deltagernes refleksioner og opmærksomhed på egne usunde vaner, så de igennem distancen til – og objektivering af – vanerne kan gøre dem til genstand for en ny sundere levemåde. Deltagerne derimod bliver særligt begejstrede for artefakterne og rådene, fordi de også fungerer som medierende mellemled imellem idealet om en sundere livsstil og individuelle erfaringer og råderum. De medvirker til, at det umiddelbart erfares som 'let' at ændre mad- og motionsrutiner, hvilket står i modsætning til deltagernes tidligere erfaringer med vægttab og vaneændringer, bl.a. fordi artefakterne og rådene tillægges en værdi som 'det sunde valg': De *gør* sundheden.

Artefakterne og rådene bliver således betydningsfulde i sig selv, fordi de konkretiserer, medierer og gør de sunde valg uden nødvendigvis at indebære en egentlig refleksion fra deltagernes side. De hjælper med andre ord deltagerne til at få kontrol med rutinerne, dvs. kroppen. Men hvilken rolle spiller kroppen egentlig i forsøgene på at ændre vaner? Og hvorvidt og hvordan bliver kroppen betydningsfuld? Det er spørgsmål, som jeg tager op i næste kapitel.

7 Kroppens rolle i forandringer af rutiner: Kroplige fristelser og reflektive kropsteknikker

Indledning

I dette kapitel vil jeg diskutere den kropslige praktisering af livsstilsændringer med fokus på, hvordan kroppe spiller en rolle (eller flere roller) i deltagernes forsøg på at ændre vaner. Skal vi forstå deltagernes begejstring for livsstilskurset, må vi også forstå de omstændigheder, der ligger til grund for intentionerne om at ændre livsstil. Bevæggrunden for et analytisk fokus på kroppe og kroppens rolle(r) er, at kroppe, som vist i de foregående kapitler, både er årsagen til og genstanden for deltagernes praksis på livsstilskurset.

Udgangspunktet for analysen er den kulturanalytiske forståelse af kroppens samtidige status som objekt og subjekt. Altså at kroppe(n) både er et objekt; noget vi arbejder på og med, bl.a. i forandringen af rutinerede praksisser som på livsstilskurset, og et subjekt, i den betydning, at vi først og fremmest altid er vores kroppe, og at vi sanser og erfarer (og arbejder på kroppen) som kroppe (se bl.a. Merleau-Ponty [1965] 2010; Jackson 1996; Crossley 2001, 2004; Schøler og Otto 2011).⁹²

Som det fremgik af de foregående analyser, er det kroppen som objekt, der er omdrejningspunktet for deltagernes praksis på livsstilskurset. Her betragtes deltagernes kroppe som genstande, som de – ved hjælp af en række artefakter og sundhedsvidenskabelige råd – kan opdrage og disciplinere.⁹³ Samtidig fremgik det af diskussionerne, at underviseren også forsøger at lade deltagernes egne valg og hverdage præge deres forsøg på at ændre rutinerne: Dvs. at de undervises i også at lade kroppen og hverdagsaktiviteter guide dem i deres vaneændringer, og det er metoder, som deltagerne efterfølgende anvender i forsøgene på at ændre vaner. Med et sådant

⁹² I de kulturanalytiske traditioner begrebsliggøres denne forståelse af kroppen som på en gang kulturelt produceret og kropsligt erfaret også som 'embodiment' (jf. bl.a. Scheper-Hughes og Lock 1987; Csordas 1990; Crossley 2006; Shilling 2007; Schøler og Otto 2011).

⁹³ Denne tilgang til kroppen som et objekt på livsstilskurset og generelt i den kommunale sundhedsfremme hænger tæt sammen med den biomedicinske (og kartesianske) distinktion mellem krop og bevidsthed; en fysisk og en psykisk krop. Førstnævnte fysiske krop er omdrejningspunktet for den medicinske praksis i den forstand, at kroppen betragtes som en maskine, der kan justeres, repareres og disciplineres. Den biomedicinske kropsforståelse har rod i den kartesianske krop/sjæl distinktion, repræsenteret ved bl.a. filosoferne Rene Descartes (1596-1650) og Immanuel Kant (1724-1804), hvor et immaterielt, autonomt og frit selv (sindet) blev anset som adskilt fra den kropslige substans, hvori bl.a. rutinerede praksisser var lokaliseret (jf. bl.a. Leder 1990; Foucault 2002; Crossley 2013; Lumsen 2013).

fokus på kroppen og hverdagen bliver kroppen på livsstilskurset (og blandt deltagerne) dermed ikke kun betragtet som et objekt – en afgrænset form der skal kontrolleres rationelt – men også som en integreret del af deltageres subjektive selv (Schøler og Otto 2011).

Et analytisk fokus på deltageres kroppe og kroppens rolle(r) på livsstilskurset og blandt deltagerne muliggør således en undersøgelse af, hvordan dette spændingsfelt mellem kroppe som objekt og subjekt helt konkret manifesterer sig i livsstilsforandringsprojekter, samt hvilken betydning spændingsforholdet får for deltageres forsøg på at forandre livsstil. Dette undersøger jeg gennem en analyse af kroppens rolle for deltagerne i deres praktiseringer af livsstilsforandringer henholdsvis før livsstilskurset, i undervisningssessionerne og efterfølgende. Den gennemgående pointe i kapitlet er, at deltageres kroppe skabes i fortløbende forhandlinger af objektivitet og subjektivitet, og at kroppe i disse forhandlinger kommer til at fremstå som både med- og modspillere i forsøgene på at ændre livsstil.

'Den nærværende krop'

I analysen finder jeg inspiration i den amerikanske læge og filosof Drew Leders begreber den fraværende krop og den nærværende krop, som han introducerer i bogen "The Absent Body" (1990). Udgangspunktet for Leders kropsdiskussioner er den førnævnte analytiske forståelse af kroppe som objekt og subjekt, og paradokset mellem, at vi, selvom vi er vores krop, ofte ikke er opmærksom på vores kroppe, fordi vores opmærksomhed er rettet mod verden; mod vores brug af forskellige redskaber og vores omgang med andre mennesker (ibid. s. 90). Pointen hos Leder er, at kroppe ofte fremstår som 'fraværende' (Leder 1990; Hoff 2004, 2006; Nettleton m.fl. 2010), i den betydning, at kroppe som udgangspunkt ikke er genstand for en reflektiv praksis på grund af bl.a. de kropslige handlingers præg af rutiner, automatisering og selvfølgeligheder (Hoff 2004, s. 176; Nettleton m.fl. 2010). Det er ifølge Leder først i tilfælde af smerte, sygdom eller anden fysisk svækkelse, at vi bliver opmærksomme på vores kroppe, og at kroppen bliver 'nærværende' i den forståelse, at vi føler og sanser kroppen (fx smerter) og derfor erfarer os selv som krop (ibid.).

Leder definerer den nærværende krop som "dys-appearent", hvor betegnelsen 'dys' refererer til en kropslig tilstand, der erfares som ubehagelig eller uønsket, og som derfor kræver en kropslig respons, fordi tilstanden afviger fra den normale kropslige tilstand (ibid. s. 84). På baggrund af denne relation mellem den nærværende og den fraværende krop argumenterer Leder for, at 'den

fraværende' og 'den nærværende krop' er to separate kropslige tilstande, som ikke er samtidige. Dvs. at vi ikke både er og har en krop på samme tid (ibid. s. 14).

Begreberne den fraværende og den nærværende krop er interessante i mit studie, fordi de hjælper til at nuancere forståelserne af, hvad der skaber et ønske om at ændre livsstil blandt deltagerne, samt hvordan deltagernes kroppe spiller en væsentlig rolle i forsøgene på at forfølge dette ønske om en sundere livsstil. I henhold til min empiri vil jeg dog samtidig problematisere Leders skelnen mellem kroppe som *enten* fraværende (objekt) *eller* nærværende (subjekt). Dette gør jeg ved hjælp af den engelske sociolog Nick Crossleys begreb refleksive kropsteknikker. Det er et begreb, Crossley har udviklet på baggrund af sine etnografiske studier af motionshold, der refererer til teknikker både for og af kroppen (Crossley 2004, 2005).⁹⁴

Med begrebet refleksive kropsteknikker er Crossley inspireret af den franske sociolog Marcel Mauss' begreb om kropsteknik [techniques of the body] (Mauss 1979; Crossley 2001, 2004). Med 'kropsteknik' refererede Mauss' (og Crossley) til 'kulturspecifikke måder at bruge kroppen på' (Mauss 1979), dvs. som kropslige dispositioner/bevægelser, der i udgangspunktet er sociale, normative og et udtryk for en indlejret praktisk sans (Mauss 1979; Crossley 2004, 2005).⁹⁵ Ifølge Crossley handler vi dog ikke altid ureflekteret (som indlejrede kropslige dispositioner hos Mauss godt kan antyde) men er også i stand til at træde et skridt tilbage og reflektere over vores handlinger. Det er denne evne til at træde tilbage fra de umiddelbare erfaringer og reflektere over vores krop og kropslige handlinger, som Crossley adresserer ved at koble refleksiviteten til begrebet om kropsteknik.

Med 'refleksive kropsteknikker' henviser Crossley således til de øjeblikke, hvor vi er i stand til at behandle kroppen som et objekt, samtidig med at kroppe stadig er noget, vi er; også i de øjeblikke hvor vi arbejder på vores kroppe. I forbindelse med mit studie er begrebet særligt interessant,

⁹⁴ Crossley definerer refleksive kropsteknikker som: "techniques of the body, performed by the body and involving a form of knowledge and understanding that consists entirely in embodied competences, below the threshold of language and consciousness; but they are equally techniques for the body, techniques that modify and maintain the body in particular ways" (Crossley 2005, s. 10).

⁹⁵ I udviklingen af begrebet kropsteknik er Mauss inspireret af Aristoteles og hans habitusbegreb, bl.a. fordi habitusbegrebet "translate infinitely better than 'habitude' (habit or custom), the 'exis', the 'acquired ability' and 'faculty' of Aristotle. [...] (Mauss 1979, s. 101). Via reference til habitus inddragede Mauss således sociale normers betydning for kropsteknikker og menneskers tillærte vaner og rutiner i sin forståelse af praksis. De tillærte sociale og kropslige handlinger (habitus) varierede fra samfund til samfund netop på grund af en social 'praktisk fornuft', som gik igen i vores kropsbevægelser, og de sociale og kulturelle normer influerede derfor på vores kropslige vaner og kom til udtryk visuelt gennem kropsteknikkerne.

netop fordi det med koblingen af refleksiviteten og de kropslige erfaringer og dispositioner formår at begrebsliggøre denne vekselvirkning mellem selvet som krop og selvet med en krop, som empirisk er til stede på livsstilskurset og blandt deltagerne, og som bliver en væsentlig del af livsstilsforandringer og den proces, som ønsket om forandringer igangsætter.

Kroppens kalden: Kroppens rolle før livsstilskurset

Deltageren Carlo er 55 år og bor sammen med sin kone og sine to halv voksne sønner i et parcelhus i Vallensbæk Kommune. Carlo arbejder i en kommunikationsvirksomhed og har ofte lange arbejdsdage. Carlo vil gerne i gang med at dyrke mere motion og leve lidt sundere. Carlos kone er medlem af et lokal fitnesscenter, og hun er ifølge Carlo god til at komme til træning, mens det halter mere for ham med at få integreret motionen i dagligdagen, bl.a. fordi motion i et fitnesscenter eller en løbetur alene ifølge Carlo ikke tiltaler ham. Carlo har tidligere spillet fodbold og håndbold – han kan godt lide konkurrencen og fællesskabet med medspillerne – men på grund af sit arbejde har han ikke haft tid til at dyrke sportsgrenene de sidste mange år.

Inden for de senere år er Carlo blevet mere opmærksom på egen kropslig kapacitet og en oplevet kropslig svækkelse. Han har desuden taget på i vægt, og efter et besøg hos lægen, lige inden livsstilskurset gik i gang, er han nu også begyndt at tage kolesterolpiller pga. for højt kolesteroltal. Under vores interview taler vi om, hvorfor Carlo gerne vil ændre livsstil, og han forklarer:

”Man vil gerne leve længere eller være rask og rørig så længe, man nu lever, og så er det jo ikke for tidligt at begynde at tænke på det. Jeg kan mærke, når jeg skal røre mig eller lave nogle ting, at jeg bliver hurtigere forpustet, og som sagt også er begyndt at få mave. I det hele taget synes jeg måske, det er lidt for tidligt, hvis man skal tænke over, når man gør noget. Det har jeg jo ikke gjort de første mange år af mit liv, der gjorde man jo bare ting uden at skulle tænke over det. Det er sådan ting – hvis man er ude at gå, når det er glat, så tænker man mere over, hvis jeg nu falder, hvad sker der så? [...]. Jeg går heller ikke længere rask op til femte sal. Hvis der er en elevator, så tager man den, og hvis jeg går derop, skal man passe på, hvis man skal til et møde, at man ikke skal være for forpustet, når man går ind ad døren. Sådan nogle overvejelser har man ikke gjort sig for ti år siden. Der var man bare gået op og gået ind ad døren. Men nu står man lige og skal trække vejret, og sådan noget kan godt få

en til at tænke. Det er jo nyt for en. [..]. Desuden har jeg en ven, der døde som 45-årig af en blodprop og en far, der sad ti år i kørestol – storryger –, og det får en til at tænke over, om man vil sidde i kørestol på et plejehjem de sidste 5-10 år af sit liv” (Interview med Carlo).

Kroppens kapacitet og funktion

Carlos udtalelser afspejler en refleksion over egen kropslig funktionsevne. Det er en refleksion, som igangsættes af Carlos erfaringer med en kropslig svækkelse men får sin betydning i relation til Carlos erfaringer med andres kropslige kapacitet, med sygdom og død i omgangskredsen, og med overvejelser over, hvad overvægten og en kropslige svækkelse kan betyde for hans daglige færden fremover, fx et liv bundet til en kørestol. I eksemplet konstitueres kroppen i interaktionen med andre kroppe, da Carlo forholder sig til egen krop og individuelle oplevelser gennem ’spejlingen’ til andre (Crossley 2001; Grøn 2004).

I interviewet relaterer Carlo desuden flere gange til sit livsforløb – hvad han kunne som ung og hvad han erfarer, at han kan nu – og at han synes, det er for tidligt at skulle overveje sine fysiske aktiviteter og handlinger. Carlos nutidige kropslige oplevelser bliver således meningsfulde også i relationen til et tidligere erfaret funktionsniveau (Hoff 2006). Integreret i refleksionerne ligger samtidig en overvejelse omkring fremtiden, illustreret af bl.a. sætningen ”hvis jeg nu falder, hvad sker der så” og af refleksionerne over en mulig fremtid i kørestol. Via egne og andres kropslige erfaringer bliver Carlo opmærksom på sin krop på en måde, som han umiddelbart ikke har været tidligere, hvor han bare ”gjorde ting uden at tænke over det”. Hvor kroppen med andre ord (med Leders ord var fraværende og) fungerede ’normalt’ og derfor ikke blev gjort til genstand for en egentlig refleksiv praksis.

Også de andre deltagere på livsstilskurset relaterer til erfaringer med kroppen og til løbende opståede kropslige begrænsninger, når de beskriver, hvorfor de gerne vil ændre vaner. Deltageren Rene er 47 år og selvstændig snedker. Rene har i flere år haft problemer med sine knæ, og de senere år har eksempelvis erfaringerne med at skulle binde snørebånd medvirket til, at han er blevet mere opmærksom på de ekstra kilo, han bærer rundt på. Bl.a. gengiver Rene, at det ”vil være sjovere, hvis det var nemmere at komme ned og binde snørebånd, så man ikke skal tænke; hvorfor skal jeg lige være der?” (Interview med Rene). Kropsfedt er hos overvægtige mænd

generelt centreret omkring taljen (Rockwoolfonden 2010), og oplevelsen af at have svært ved at bøje sig ned og binde snørebåndet er en erfaring, som de fleste af deltagerne relaterer til og gengiver, som en af årsagerne til, at de gerne vil tabe sig og leve sundere (Noter fra feltobservationer og interview). Fedtet omkring maven besværliggør den ellers rutineprægede og daglige praksis med at binde snørebånd.

For Rene er det endvidere ”på grund af benene”, at han gerne vil smide nogle kilo og har tilmeldt sig livsstilskurset, ”for man kan mærke det [overvægten] på knæene” [..]. Det er jo med ikke at blive nedslidt for hurtigt. Når man kun er sig selv, så er der ikke noget, man kan falde tilbage på” (Interview med Rene). For Rene er ønsket om et vægttab, som hos Carlo, begrundet i erfaringerne med en begyndende kropslig svækkelse i form af knæsmerter og åndedrætsproblemer, men ønsket er også begrundet i en nutidig bekymring om ikke at kunne udføre sit arbejde som snedker fremover, hvilket potentielt set kan betyde, at han må opgive sin erhvervsidentitet som selvstændig.

I studier af mænd, sundhed og krop er det ofte denne funktionelle tilgang til kroppen, som fremhæves som kendetegnende for informanternes kropsforståelser (jf. bl.a. Grogan og Richardsen 2002; Simonsen 2006; Sabinsky m.fl. 2007; Grogan 2008; Moore 2010). I en kvalitativ undersøgelse af 13 danske mænds motivation for – og barrierer mod – at tabe sig argumenterer forfatterne bl.a. for, at vægttab blandt denne gruppe af mænd motiveres af udseende, et ønske om at fremstå som attraktiv på arbejdsmarkedet samt sygdomsforebyggelse (Sabinsky m.fl. 2007, s. 528). Det er specielt ønsket om at være produktiv og funktionsdygtig i en arbejdsmarkedssammenhæng, der ifølge studiet gør mændene interesserede i at tabe sig. Et vægttab handler i dette tilfælde derfor ikke om at leve sundere men om at opretholde en vis fysik og funktionsevne for fortsat at kunne præstere, hvad andre og en selv forventer (ibid. s. 529-530). Pointen i analysen er, at sundhed og vægttab blandt undersøgelsens mænd snarere anses som et middel til at nå et andet mål end et mål i sig selv. Informanterne forholder sig med andre ord primært til kroppen ud fra, hvad den kan eller skal kunne bruges til (Sabinsky m.fl. 2007).

Som det fremgår af analysen i dette kapitel, er kroppens funktionalitet også væsentlig for deltagerne på livsstilskurset, og den er medvirkende til deres interesse for at tabe sig og leve sundere.⁹⁶

Sammenfattende peger Carlo og Renes (og de andre deltageres) overvejelser omkring deres kropslige kunnen og deres bevæggrunde for at ændre livsstil i retning af, at 'kroppen' blandt deltagerne bliver nærværende på en ny og bekymrende måde, fordi de ikke længere bare kan tage trappen eller binde snørebåndet, uden at kroppen gør oprør og kræver en respons fra deltagerne, så de igen kropsligt kan præstere og gøre det, de gerne vil. Ønsket er med andre ord, at kroppen igen kan blive genstand for en forholdsvis ureflekteret praksis. Min pointe er, at den opmærksomhed, som deltagerne med tiden er begyndt at rette mod deres kroppe – og som er med til at igangsætte refleksioner omkring egen sundhedstilstand – er en opmærksomhed, som opstår, fordi den erfarende krop manifesterer sig i følelsen af fysisk svækkelse og i de kropslige erfaringer forbundet med denne fysiske svækkelse.

I Leders optik er det primært smerter eller sygdom, som medvirker til, at kroppen bliver nærværende. Blandt deltagerne på livsstilskurset er det, som vist, dog ikke kun pludseligt opståede lidelser, som får dem til at reflektere over deres kropslige kunnen, men også tidligere og nuværende fornemmelser og erfaringer med kroppens præstation og de begrænsninger, de oplever i deres daglige færden, bl.a. at blive hurtigere forpustet. Hertil kommer deres håb for fremtiden, der kommer til udtryk i ønsket om at være fysisk aktiv også i en sen alder. I nærværende studie spiller tidligere erfaringer af kroppens performance og fremtidige ønsker om en kropslig kunnen således også ind på en present orientering mod kroppen. Kroppe bliver med andre ord nærværende netop i relationen til de kroppe, som tidligere var fraværende. Dette ses bl.a. hos Carlo i refleksionerne over, at han ikke tidligere skulle tænke over, hvad han gjorde men nu bl.a. bliver forpustet af at gå op af trappen.

I sin undersøgelse af en gruppe midaldrende folks bevæggrunde for at træne i et fitnesscenter argumenterer Crossley også for, at hans informanters interesse for at være fysisk aktiv var begrundet i kropslige erfaringer og i en bekymring over, hvad den fysiske svækkelse ville betyde

⁹⁶ Kroppens funktionalitet er ikke den eneste grund til mændenes deltagelse i livsstilskurset. Målet om sundere vaner er også begrundet i ønsket om at se børn og børnebørn vokse op, om at undgå sygdom og om at leve længere. Også erfaringerne med/fra et sygt familiemedlem, en i deres øjne for tidlig død for en pårørende, eller jævnaldrende kollegaer, der har fået blodpropper, spiller en væsentlig rolle for deltagernes interesse i at få en sundere livsstil.

for den enkeltes dødelighed og funktionalitet (Crossley 2004). Ifølge Crossley var det kropslige erfaringer frem for sociale normer for og sundhedsprofessionelles råd til en sund levevis, der influerede på gruppens ønske om at dyrke motion (ibid. s. 31), ligesom det var pludselige episodiske oplevelser i en ellers gradvis og ubemærket kropslig forandringsproces, der øgede gruppens opmærksomhed på egen krop og på motionens betydning for en fremtidig sundhedstilstand (ibid. s. 33). Fortællingerne og forestillingerne om tiden – fortid, nutid og fremtid – bliver dermed en væsentlig parameter i forsøgene på at ændre livsstil, fordi ønsket om sundere vaner også er koblet sammen med en tidslig og processuel forståelse af kroppen, hvor kroppe gradvist bliver stadig mere nærværende. Det er den erfarende krop – frem for nødvendigvis en sundhedsrelateret viden – som i mange tilfælde får folk til at reagere og igangsætte en proces med at forandre vaner (for lign. argument se bl.a. Meillier 1994; Grøn 2004; Hoff 2004, 2006; Shilling 2008; Nettleton m.fl. 2010).

Kroppens rolle på livsstilskurset

I foregående afsnit argumenterede jeg for, at erfaringer med kroppens tidligere og nutidige funktionsniveau influerer på ønsket om at forandre livsstil. Kroppen spiller dog ikke kun en rolle som bevæggrund for deltagelsen på livsstilskurset men tildeles også en væsentlig rolle på livsstilskurset, idet kroppen bliver en konkret metode til ændring af de rutinerede praksisser; dvs. en (refleksiv) kropsteknik. Hvordan og hvorfor deltagerne sansninger og kropslige erfaringer anvendes som refleksive kropsteknikker, vil jeg undersøge i dette afsnit. (Dele af det efterfølgende afsnit har tidligere været publiceret i Schøler og Otto 2011).

Smagsprøver og mindfulness

Ud over formidling af en formel viden og præsentation af en række konkrete artefakter og råd til brug i forandringen af vaner (jf. kapitel 6) lægges der på livsstilskurset også vægt på at uddanne deltagerne ved at formidle praktisk viden; at give deltagerne viden gennem kropslige erfaringer. Underviseren taler til deltagerne som personer, der både er og har en krop, som de skal kunne fornemme, få i tale og kunne aflytte, så det, den 'siger', kan lede vejen (Schøler og Otto 2011).

Én måde til at lære kroppen at ytre sig er at træne den med sanse- og smagsoplevelser. Et gennemgående tema i undervisningen er derfor smagsprøver. Enten i form af, at underviseren har forberedt forskellige smagsprøver på sunde snacks og mellemmåltider, eller i form af at deltagerne

forbereder og smager sunde middagsretter og sunde desserter i skolekøkkenet. De forskellige smagsprøver vækker ofte stor begejstring hos deltagerne, og flere fortæller under undervisningssessionerne, at de anvender mange af produkter fra smagsprøverne i madlavningen derhjemme eller ved indtagelse af deres mellemmåltider.

En anden øvelse, der er baseret på sansning, kalder underviseren 'mindfulness' eller "at spise med opmærksomt nærvær" (Interview med Per Brændgaard). Mindfulness har tidligere været en metode, som blev brugt inden for meditation, men den er nu blevet udbredt i andre sammenhænge, og altså også i forbindelse med spisning. Øvelsen, som bliver præsenteret på livsstilskurset, går ud på at lære at fornemme grænsen mellem at være sulten, ikke længere sulten og mæt:

"Vi sidder alle rundt om bordet vendt mod underviseren. Vi har lige haft en øvelse, hvor vi to og to skulle tale om, hvor svært det kan være at spise i de rette mængder. Øvelsen afsluttes med en runde, hvor deltagernes input til, hvornår det er svært henholdsvis let at spise i de rette mængder, noteres på en planche af underviseren. Herefter fortæller hun, at vi skal prøve en øvelse med mindfulness, hvor vi i første omgang skal prøve at definere, hvor sultne vi er lige nu på en skala fra 1 til 10, hvor 1 er slet ikke sulten, og 10 er meget sulten. Deltageren Kurt fortæller, at han godt kender til mindfulness. Underviseren fortsætter og fortæller, at mindfulness handler om at spise med bevidsthed og nærvær, hvilket ifølge hende vil give en større nydelse og større tilfredsstillelse. Med mindfulness er der fokus på at spise, når man er moderat sulten, dvs. omkring 7-8 på skalaen, og gøre det til en nydelse, i stedet for at spise, når man er oversulten, da det, ifølge underviseren, ikke giver nogen nydelse, fordi man så overspiser. Når man er sulten, skal man, ifølge underviseren, spise langsomt. Samtidig fortæller hun, at man skal føle sig lidt sulten for at opleve nydelse. Deltagerne ser alle ud til at lytte. Underviseren fortæller videre, at deltagerne kan træne i at spise med mindfulness. Deltageren Michael refererer til brødrene Price, som han mener virkelig praktiserer det at spise med nydelse; det kan man både se og høre. Flere af deltagerne griner. Underviseren lader derefter en tallerken med mørk og lys chokolade, vingummi og lakrids gå rundt, og hun fortæller,

at det er op til deltagerne selv at vælge, hvilket stykke de vil have. Nogle af deltagerne kommenterer, at det er svært at vælge mellem tingene på tallerkenen. Rene spørger med smil på læben, om man godt må tage to stykker. Da alle har valgt et stykke, beder underviseren os om at lukke øjnene. Vi skal trække vejret dybt nogle gange, lugte til den ting, vi har taget og fornemme duften, herefter slikke på den. Vi skal tage en bid og fornemme, hvordan smagen er at have i munden, og hvordan den breder sig. Herefter skal vi tage en bid mere, fornemme smagen, og så en bid mere og til sidst spise det hele og fornemme, hvordan smagen dukker op. Jeg har taget en af de cherrytomater, som står i en skål midt på bordet og fungerer som dagens snack. I starten får jeg intet ud af at dufte eller slikke på tomaten. De første to bidder kan jeg faktisk heller ikke smage. Men den sidste bid begynder at give mig fornemmelsen af at spise en cherrytomat, og jeg kan smage den. Underviseren fortæller, at øvelsen har taget fire et halvt minut. Deltagerne virker til at være overrasket over, at det kan tage så langt tid at spise et enkelt stykke chokolade eller slik. Nogle taler om, at normalt så tager det fire minutter at spise en helt plade chokolade.

Inden dagens gruppesession har underviseren fortalt mig, at mindfulness-øvelsen vil være en svær øvelse for deltagerne, men jeg synes, at de fleste af deltagerne virker begejstrede over, at de kan spise et stykke slik eller chokolade så langsomt, og at de kan få en nydelse ud af ét stykke frem for at spise en hel plade. De taler om, at de ikke har behov for at spise en hel plade chokolade, og at de ved at smage på chokoladen bliver mere opmærksomme på smagen og nydelsen, frem for at spise stykkerne så hurtigt lige efter hinanden, at de faktisk ikke har smagt på dem. Underviseren spørger, om vi nød det, og deltagerne svarer ja og kommenterer, at man ikke behøver at spise en hel skål; at det smager af meget mere, når man tager sig tid til at spise det. Bjarne siger, at han synes, øvelsen ville være bedre, hvis den gik på fx mellemmåltider, og der kom fokus på at spise langsomt, så man kan lære at opleve mæthed, inden måltidet er ovre. Bjarne er blevet helt glad for de mellemmåltider; det fik jeg også indtryk af under vores interview. Underviseren taler om, at deltagerne med mindfulness vil kunne opnå samme nydelse med at spise som

tidligere, men at de bare ikke får indtaget samme mængde. Og metoden, konkluderer hun, kan de fx bruge ved julebuffeterne og ved slikskålen. Det er sidste gang inden jul, og mange af deltagerne er lidt nervøse for, hvordan de skal undgå at spise for meget i julen. Nikolaj siger; "hvad så med at spise med pinde, er det ikke også en metode?". "Og kun en pind" svarer Michael. Deltagerne griner." (Uddrag fra feltnoter).

Som det fremgår af mindfulness-øvelsen, kvantificeres spisningen i første del af øvelsen og gøres af underviseren til et teoretisk spørgsmål, hvor deltagerne – som rationelle individer – skal kalkulere sulten og derved deres praksis. Med metoden sker der altså en form for objektivisering af kroppen, hvor værktøjet til kontrol er en rationel kalkule af sult, og hvor underviserens indføring i, hvornår man skal spise eller ikke, bliver et styringsinstrument, som underviseren benytter til at fremme refleksionerne og sundheden blandt deltagerne. Og det er et styringsinstrument, som hun samtidig lægger op til, at deltagerne kan bruge til at fremme egne vaneændringer (Schøler og Otto 2011).

I anden del af øvelsen, hvor det går ud på at dufte, smage og fornemme det, man spiser, og den nydelse, man opnår, er sansningen og kroppen i fokus. Igennem øvelsen – og ved at tale til sanserne – forsøger underviseren at give deltagerne nogle erfaringer, og i den proces appellerer hun til deltagerne som subjekter, der lader sig lede af sanserne frem for af rationelle kalkuler (ibid.). Formålet med øvelsen (og med smagsprøverne) er således at gøre kroppene 'nærværende' (Leder 1990), så deltagerne bliver opmærksomme på deres kroppe og kan udnytte denne opmærksomhed til at kontrollere deres madindtag.

Hvor Leder som nævnt argumenterer for, at 'den nærværende krop' primært er en dysfunktionel tilstand, der i de fleste tilfælde efterfølges af en respons, som har til formål at genskabe den 'fraværende krop' (normaltilstanden hos Leder) (ibid. s. 84), bliver 'den nærværende krop' på livsstilskurset i stedet til en informativ og anvendt kropsteknik, hvis væren netop er påkrævet i forsøgene på at ændre rutiner. At sanse og fornemme kroppen frem for kun at behandle den som et objekt bliver med andre ord en styringsteknologi, underviseren specifikt anvender til at gøre deltagerne i stand til at erfare og kontrollere kroppen, og det er en metode, som deltagerne efterfølgende benytter sig af i forsøgene på at opnå sundere vaner. Formålet er igennem den

refleksive kropslige praksis (Crossley 2001; 2004; 2007) at blive i stand til dels at handle på og kontrollere kroppen, dels at lytte til og anerkende kroppen og kropslige erfaringer som metoder, der kan hjælpe til vægttab.

Denne kropslige erfarings- og læreproces, som deltagerne skal igennem på livstilskurset, og som bl.a. mindfulness-øvelsen er et konkret eksempel på, kan, med den fransk sociolog Bruno Latours begreb 'artikulation', fortolkes som et udtryk for, at kroppen på livstilskurset skal gøres mere 'artikuleret' (Latour 2004; Schøler og Otto 2011). Ifølge Latour er kropslig artikulation et spørgsmål om gradvist at kunne erfare og erkende stadig flere forskelle – stadig flere nuancer – og opnå en stadig større sensitivitet, som i sidste ende tillader en rigere, mere nuanceret krops- og velværeoplevelse (ibid. s. 209-210; Schøler og Otto 2011).

Begrebet åbner for en nuanceret forståelse af mindfulness-øvelsen på livstilskurset, som ikke blot bliver en introduktion til at spise mindre men samtidig er med til at konstituere den smagende krop, ved at den lærer at blive påvirket af flere og flere smagsnuancer. At 'lære at blive påvirket' er Latours begreb for den proces, hvor kroppen bliver til i og med, at den lærer at skelne mellem forskellige indtryk og påvirkninger (Latour 2004; Schøler og Otto 2011). I Latours eksempel er det duftesansen, der forsøges påvirket gennem et 'malettes à odeurs'; en duftpalet bestående af forskellige dufte arrangeret fra den stærkeste til den svageste forskel mellem to dufte (ibid. s. 206). På livstilskurset er det smagssansen, som skal gøres mere sensitiv (Schøler og Otto 2011).

Min pointe er, at kroppen i mindfulness-øvelsen fintunes ved, at den lærer at registrere smagen, fordi deltagerne spiser på en anden måde end tidligere, hvor spisningen har været mere eller mindre automatisk. I øvelsen skal deltagerne lære at sætte fokus på smagen som en metode til at spise mindre, fordi sanserne forventes at blive mættet gennem den fulde nydelse af smagen. Og det er ved at reflektere over smagen og den mæthed, smagen giver, at deltagerne skal blive i stand til at afgøre, hvor grænsen mellem sulten og mæt er. 'At lære at spise' handler her om at lære at registrere smagen, i modsætning til at spise uden at smage (Schøler og Otto 2011). Læreprocessen er med andre ord en kropslig og refleksiv proces, der samtidig indebærer, at kroppen knyttes sammen med forskellige artefakter (jf. kapitel 6), så smagsnuancerne træder frem og bliver mulige at opfatte og fornemme i øvelserne (Latour 2004; Crossley 2004). Kroppen bliver artikuleret, og den artikuleres sprogligt og materielt (Latour 2004; Schøler og Otto 2011). Den

krop, der er i stand til at smage forskel, er ikke en biologisk krop, men en krop, der er muliggjort af sammenfildrede kulturelle og materielle processer (Schøler og Otto 2011).

Eksemplet med mindfulness-øvelsen viser således den dynamik, der foregår mellem sansningen, hvor man *er* en krop, og den sunde fornuft, hvor man *har* en krop (Crossley 2001; 2004). Der appelleres på livsstilskurset både til fornuft og følelse: Til oplevelsen af, at man, når man er mæt, ikke længere opnår nydelse ved at spise, fordi man ikke registrerer smagen på samme måde. Tanken er, at den oplevelse bør få deltagerne til at stoppe med at spise, fordi spisningen ikke længere er forbundet med samme nydelse, som da de var sultne. Og mange af deltagerne refererer også til fornuften, når de fortæller, at de godt ved, at de ikke har behov for mere end en portion aftensmad, at de ikke har behov for at gå op til frokostbuffeten på arbejdspladsen to gange, og at de godt ved, de ikke har behov for det slik eller de peanuts, som de godt kan lide (Schøler og Otto 2011).

I sin analyse af 'den fraværende' og 'den nærværende' krop argumenterer Leder for, at det ikke er muligt på samme tid at være krop og behandle sin krop som et objekt (bl.a. fordi kroppen først bliver nærværende ved smerte og ubehag)⁹⁷. Frem for at fokusere på dem som to separate tilstande vil jeg i stedet argumentere for, at der på livsstilskurset er en konstant vekselvirkning mellem kroppe som objekt og deltagerne som subjekt på, fordi deltagerne, bl.a. i mindfulness-øvelsen, både skal lære at lytte til og fornemme kroppen, og ud fra deres kropslige erfaringer, skal gøre kroppen til et objekt, de kan forandre og justere, så en sundere livsstil realiseres. Det er med andre ord i sin væren – ved at føle, erfare og være kroppe – at deltagernes kroppe samtidig gøres til genstand for refleksion og kontrol på livsstilskurset.

⁹⁷ Ifølge Leder er den fraværende krop som nævnt en normaltilstand, vi befinder os i det meste af tiden. Det er først i tilfælde af bl.a. smerte og ubehag, at vores kroppe bliver nærværende, dvs. genstand for en refleksiv praksis (Leder 1990). Leder bruger bl.a. eksemplet, hvor højre hånd rører venstre hånd, til at understrege sin pointe om, at den objektive og den subjektive krop ikke er en simultan erfaring. Leder pointerer: "When my right hand reaches out to touch, I 'exist' it as a power of sensing. I do not attend to the hand as physical thing but employ it as that through which I explore the world. Yet I can also reach out with my left hand to touch the right. Can I not then capture at one and the same moment the right hand as touching and touched, thereby filling in the nullpoint, uniting the "subject" body and the "object" body? Not exactly. A careful examination shows that insofar as one attends to the right hand as an object under the touch of the left, one no longer experiences the right hand qua the power of touching" (Leder 1990, s. 14). Hos Crossley og efter inspiration fra bl.a. den franske filosof Maurice Merleau-Ponty er den levede krop altid krop, også i en refleksiv praksis (se bl.a. Crossley 2001, 2004). Dvs. at kroppen som objekt og som subjekt hos Crossley netop er en simultan erfaring.

Denne vekselvirkning mellem refleksion og krop adresserer den franske filosof Maurice Merleau-Ponty også i sine diskussioner af kroppens fænomenologi, bl.a. i forholdet mellem erfarede og visuelle repræsentationer (Merleau-Ponty [1965] 2010). Ifølge Merleau-Ponty er "the connecting link between the parts of our body and that between our visual and tactile experience not forged gradually and cumulatively. I do not translate the 'data of touch' into 'language of seeing' or vice versa – I do not bring together one by one the parts of my body; this translation and this unification are performed once and all for within me: they are my body itself [...]. I am not in front of my body, I am in it, or rather I am it [...]. If we can still speak of interpretation in relation to the perception of one's own body, we shall have to say that it interprets itself" (ibid. s. 173-174).

Kroppe skal i Merleau-Pontys optik derfor ikke alene opfattes i en øjeblikkelig, enkeltstående, fuld oplevelse (som subjekt og som erfaret), men også i et generelt aspekt som en upersonlig væren, dvs. et objekt, og dette samspil er en integreret del af væren-i-verden (ibid. s. 95). Pointen hos Merleau-Ponty er, at vi erfarer ved hjælp af refleksioner og reflekterer ved hjælp af erfaringer og vores væren, og denne dialektik – denne vekselvirkning eller forhandling mellem den erfarede og den objektive krop – kan, som hos Leder, ikke adskilles, fordi den tilsammen og simultant udgør vores væren. Det er et argument, der, som nævnt, også gør sig gældende i begrebet om refleksive kropsteknikker, som bygger på Crossleys pointe om, at vi er vores kroppe også i vores arbejde med og på dem (Crossley 2004). Overført til livsstilskurset fremstår og skabes kroppe således i en kontinuerlig vekslen og forhandling mellem at være nærværende og at være fraværende, dvs. at være og have en krop. Det interessante er således ikke kun, hvorvidt kroppe er fraværende *eller* nærværende, men hvordan samspillet (og grænsen) mellem den fraværende og den nærværende krop helt konkret kommer til udtryk i projekter om livsstilsforandringer.

Disse forhandlinger mellem fornuft og behov, mellem at erfare og kontrollere kroppen på livsstilskurset, gør sig også gældende i deltagernes erfaringer med at ændre livsstil i deres dagligdage. Her er det sansemæssige og det fornuftsmæssige hele tiden på spil og komplementerer og modsiger hinanden. Det argument vil jeg, med eksempler fra deltagernes hverdagspraksis, diskutere i det efterfølgende afsnit.

Kroppens rolle i dagligdagen

For de fleste af deltagerne er det lidt af en øjenåbner at skulle fornemme og lytte til kroppen som en metode til at ændre rutiner. Mange af dem har under de første gruppesessioner fortalt, at de spiser ”meget hurtigt”, og flere angiver tempoet som en af årsagerne til, at de spiser for meget. Deltageren Rene, som jeg tidligere har introduceret, er en af dem, der gentagende gange fortæller, at han spiser hurtigt. I mit interview med ham godt fire måneder inde i forløbet, og efter vi har haft mindfulness-øvelsen på livsstilskurset, taler vi om hans erfaringer med at ændre vaner i sin dagligdag:

”Det der med en portion og ikke alt det mælk til mad, det gør jeg bare, fordi det er faktisk rimelig indgroet [...]. Og man har jo ikke behov for det [...]. Det bliver noget nemmere, tror jeg. Det er jo ikke engang sikkert, men det tror jeg bare, jeg vil holde. Hvis der ikke skulle mere til end det. Det er jo ikke et afsavn det andet, det er jo bare lige indtil, man kommer ind i den vane og lader være med at proppe. Men det er, fordi jeg spiser for hurtigt. Og jeg synes, jeg har det bedre, man er jo ikke – det er det, der er lidt mærkeligt – man er jo ikke rigtig mæt, og jeg synes også, at jeg bliver hurtigere sulten. Og det gør man også. Men man er jo ikke oppustet, hvor man bare slet ikke kan lave noget bagefter, så det er faktisk en fordel. Men jeg synes – det er mærkeligt, for jeg kan jo godt, det lyder egentlig åndssvagt, men jeg kan egentlig godt lide at være mæt, men selvfølgelig ikke overmæt, men man er ikke rigtig mæt. Jo selvfølgelig er man mæt eller hvor maven; den ikke skrider på mad” (Interview med Rene).

Citatet illustrerer, hvordan Rene forhandler med sig selv om, hvor meget han skal lade sig lede af en sund fornuft snarere end kroppen i vejen mod en sundere livsstil. Som det fremgår, er en af årsagerne til, at det for Rene erfarer som svært at ændre vaner, at han spiste – og til tider stadig spiser – hurtigt og derfor for meget. Med de nye kropsteknikker er han dog blevet opmærksom på, at han kan undgå at overspise ved bl.a. at registrere mætheden og få stoppet madindtaget i tide. Denne ’lytten til kroppen’ bevirker, at han er blevet opmærksom på, at han har det bedre, hvis han ikke spiser for meget. Som det fremgår af citatet, er han dog også blevet opmærksom på, at han egentlig godt kan lide at være mæt (bare ikke overmæt), og at han ikke altid oplever at nå til

denne mæthedsgrænse, hvis han følger sin fornuft og stopper med at spise, når han har fået den ene portion til aftensmad, der er et af Rene' små skridt til en sundere livsstil. Dilemmaet for Rene er tilsyneladende ikke længere kun, at han spiser for hurtigt, men hvorvidt han skal lade kroppen eller fornuften lede ham. Hvis han følger kroppen, spiser han mere end en portion, følger han fornuften, bliver han hurtigere sulten igen. Casen er således et konkret eksempel på, hvordan forhandlingerne mellem objektivitet og subjektivitet kommer til udtryk; hvordan Rene veksler mellem dels at erfare og behandle kroppen som et objekt, dels at være en krop.

For at kontrollere sit madindtag og holde sig til én portion benytter Rene sig (derfor) også af en anden teknik, nemlig dovenskab. Rene og familien begyndte kort tid inden starten på livsstilskurset at lade gryderne stå i køkkenet og kun tage en enkelt portion med ind i spisestuen. Og tallerkenserveringen har han valgt at bibeholde som et af sine små skridt:

”Jeg er for doven. Jeg er heldigvis for doven til at gå ud i køkkenet og tage nummer to portion. Min kone spørger, om jeg er mæt, og [jeg] siger, at det er jeg egentlig ikke, men at jeg er for doven til at rejse mig og gå ud og tage noget mere, og så drikker jeg et glas vand mere. Og med tiden bliver jeg faktisk mæt” (Interview med Rene).

I sin erkendelse af, at Rene godt kan lide ikke at være overmæt, og med kendskabet til sin egen dovenskab, udvikler Rene en strategi til, hvordan han opnår mæthedsgrænsen, så han ikke behøver at rejse sig igen. Det er en strategi, som igen refererer til en indre vished for, at mæthedsfornemmelsen først indtræder efter et stykke tid, og at han ved bare at vente og eventuelt drikke et glas vand mere, vil blive mæt eller ikke længere føle sult. Teknikken, at spise langsomt, taler til en ekspliciteret rationalitet⁹⁸: Du er ikke mere sulten, tag et glas vand og vent lidt, mæthedsfornemmelsen kommer først lidt senere. Og teknikken bliver en af dem, som Rene benytter til at opnå en sundere livsstil – drikke vand til maden, lade gryderne stå ude i køkkenet – fordi Rene ved, at han er for doven til at rejse sig. Der appelleres derved til det rationelle individ, som ikke længere er sulten, men via en irrationel sansende praksis, dovenskab.

⁹⁸ Med rationalitet henviser jeg til en forståelse af, hvad der antages at være fornuftigt og logisk. Ifølge de danske antropologer Stephen Jöhncke og Vibeke Steffen er rationalitet en bestemt måde at ræsonnere på, der er baseret på videnskabelige standarder og får sin betydning i relation til, hvad der forventes at være udtryk for rationelle, logiske og korrekte handlinger samt et udtryk for sund fornuft (Jöhncke m.fl. 2015).

Deltageren Helge er 45 år, da vi begynder på livsstilskurset. Han er gift og har tre sønner. Helge er ingeniør og har skiftet arbejdsplads mange gange. Ifølge Helge har han øget sin kropsvægt, hver gang han har fået nyt arbejde, fordi han skulle koncentrere sig om at komme ind i de nye rytmer og lære nye kollegaer at kende. Og med tre små børn i huset er der, ifølge Helge, ikke meget tid til egne interesser. Desuden er Helge meget glad for mad og ved, efter eget udsagn, godt, at han spiser for meget, men han har ikke tidligere haft overskud til at tage hånd om problemet. Som Rene eksperimenterer også Helge med sin krop, refleksivt og sanseligt, når han forsøger sig frem og udvikler strategier til at få kontrol med nogle af de ting, som han mener, han spiser eller drikker for meget af:

”Jeg vil ikke sige, at man lærer at nøjes, men man lærer at trække ud til, hvor man synes, nu er man mæt, nu behøver jeg ikke mere. [...]. Tidligere har jeg spist alt, hvad jeg kunne, og ikke været opmærksom. Jeg har nok været klar over, at det måske ikke var særligt sundt, men har ikke taget fat om problemet, så jeg har spist alt for meget; 2-3 portioner. Det smager jo godt det her mad, og det gør det stadigvæk, og det gør jo, at man får for meget mad indenbords. Men til gengæld hvis man sidder og prøver at tage små portioner, og se; er det nok? Så tager jeg lidt vand ved siden af, spiser lidt rugbrød ved siden af, er det så nok, og ja nu gik der en halv time, nu er sulten væk. Godt, så var det nok, og så kan man måske tillade sig at tage et mellemmåltid lidt senere, og så igen prøve at være opmærksom på at strække måltidet så langt som overhovedet muligt. Og hvis man ikke er blevet mæt, så prøve at tage nogle af de ting, som ikke er så fedende og supplere med vand, for ligesom at nå den her mæthedsfornemmelse, så man ikke spiser for meget. Man kan jo sagtens nå den mæthedsfornemmelse, hvor man har spist for meget. Det har jeg også prøvet, og sige ”åh nej nu spiste jeg igen for meget”. Så hellere den anden der” (Interview med Helge).

Der er i eksemplet med Helge tale om en læreproces, hvor Helge forsøger at lære at fornemme, hvornår han ikke længere er sulten. Det er en proces, hvor han primært fokuserer på følelser og fornemmelser som en form for kontrolteknik frem for kun på kontrol via fornuft. Helge prøver at lytte til kroppen, frem for kun til fornuften. Men i processen er det stadig fornuften, som han

forsøger at få til at styre, ligesom det er en lytten til kroppen, som medvirker til, at Helge til tider alligevel spiser for meget, fordi kroppen ikke altid sanser mætheden så snart, 'bevidstheden' eller hjernen mener, at mæthedsgrænsen er nået.

Helges fornuft fortæller ham ligeledes, at han skal være mæt, hvis han har spist en stor morgenmad. Han fortæller under en bordrunde til en af gruppesessionerne, at han nogle dage prøver at spise en banan inden frokost for ikke at være alt for sulten, når han skal til frokost, og dermed risikere at spise for meget. På Helges arbejdsplads har de en frokostordning, hvor medarbejderne kan spise alt det, de vil, fra en buffet. Det har inden kursusstart og i starten af livsstilskurset været svært for Helge at undlade at spise meget af buffeten, fordi han, ifølge eget udsagn, synes, at maden er rigtig god, og fordi udvalget er stort. Men han vil gerne spise mindre til frokost, og det er en af de vaner, som han i begyndelsen af livsstilskurset har valgt, at han vil ændre. Underviseren spørger, om det at spise en banan har nogen effekt, og om han kan mærke en forskel? Helge fortæller, at det kan han nogle dage og andre dage ikke: "Nogle dage kan jeg godt være sulten kl. 10, selv om jeg har spist meget til morgenmad". Han ser opgivende ud, da han siger det, og hans kropssprog viser, at han ikke forstår, at det kan være sådan. Det er et emne, han gentagne gange vender tilbage til under vores bordrunder på livsstilskurset. For Helge er det tilsyneladende svært at finde en forklaring på, at han stadig kan være sulten kl. 10 om formiddagen trods det, at han har spist meget til morgenmad, for han burde jo være mæt ud fra en simpel betragtning om, at kroppen har fået tilført energi (Uddrag fra feltnotater).

Undervejs i sit forløb med at ændre vaner kommer Helge til den konklusion, at han ikke spiser morgenmad hjemme, selv om han er sulten, fordi han alligevel føler sig sulten til frokost, og derfor ikke synes, at han opnår den ønskede effekt ved at spise morgenmad hjemme; at undgå at være "meget sulten" til frokost. Ligeledes mener Helge at have erfaret, at han tager på, hvis han spiser morgenmad. Han er begyndt at måle sin vægt dagligt for at se, hvor meget han vejer om morgenen, hvor meget han tager på i løbet af dagen, og hvor meget han taber sig i løbet af natten. Han fortæller til en efterfølgende bordrunde og under mine interviews med ham, at han har fundet ud af, at han, i stedet for at spise morgenmad hjemme, spiser en grovbolle og drikker en stor kop kaffe, når han kommer på arbejdet eller i løbet af formiddagen. Den strategi kan få ham igennem til frokost, uden at han føler sult, hvorimod han, da han spiste morgenmad hjemme,

alligevel var sulten, når han kom på arbejdet og følte, at han skulle have noget mad til at stille hans sult, så han kunne koncentrere sig om sit arbejde (Uddrag af feltnotater samt interview med Helge).

Ud fra eksemplet kan vi se, at Helge forsøger at kontrollere sin sult ved hjælp af en række forskellige kropsteknikker, samtidig med at han benytter sig af daglige vejninger for at kontrollere, at hans sult og mæthedsfølelser ikke spiller ham en puds og medvirker til, at han spiser for meget. Med andre ord benytter han sig af refleksive kropsteknikker, der både inkluderer en konsultation af kropslige sultfølelser og senere en afstandstagen fra samme sultfølelser, fordi kroppen tilsyneladende ikke reagerer på indtaget af mad, hvilket Helges daglige vejninger synes at have overbevist ham om.

Numeriske standarder eller sanselige oplevelser

Afvejningen mellem fornuft og sansning gør sig også gældende i deltagernes snak om virkningen af deres vægtændring og hvorvidt, de kan se eller mærke, at de har tabt sig, eller at der er sket andre ændringer. Casper er også en af de deltagere, som kontrollerer sin vægt via vejning. Casper er 62 år, da vi begynder på livsstilskurset. Han er gift, har to voksne børn og arbejder som sælger, men går undervejs i forløbet på livsstilskurset på pension. Casper har et par år før livsstilskurset fået diagnosticeret type 2 diabetes, og han har også et højt kolesteroltal. Han vil gerne tabe sig for bl.a. at komme ned i medicindosis og pga. udseendet.

For Casper er det vigtigt, at han vejer sig hver dag. Han fortæller, at det giver ham en vis kontrol med vægten, at han kan holde øje med, om den går op eller ned. Omvendt indvirker hans kontrol med vægten også på hans forståelse af sig selv som krop, idet han fortæller, at han bliver frustreret, når han ser, at vægten er stagneret, og der ikke sker noget på trods af, at han har indført forskellige vægtændringer. Hans daglige vejning giver ham en følelse af at være i kontrol med sin vægt, men når vejningen ikke viser det, han gerne vil have, bliver han mindet om, at han ikke altid kan være i kontrol med sig selv. I forsøget på at kontrollere kroppen fremtræder kroppen for Casper tilsyneladende som noget, der ikke kan kontrolleres, fordi kroppen har sin egen dagsorden og ikke agerer, som Casper gerne vil have den til at gøre:

“Jeg vejer mig, når jeg står op om morgenen. Når jeg har været i bad, vejer jeg mig en gang til med håndklæde på, for det vejer sådan omkring et halvt kilo, og så vejer jeg

mig igen uden håndklæde, fordi min vægt, har jeg på fornemmelsen – engang imellem hvis jeg har vejet 89,7 kg, så stopper den der igen. Det kan jeg se nogen gange, så stopper den der, hvor den var sidst. Det kan være sygeligt engang imellem”.

Jeg spørger Casper, hvorfor han bliver ved med at veje sig selv, og han svarer:

”Jamen det er jo, fordi så tror jeg, at jeg taber mig mere. [...] Til gengæld så omvendt – hvis man har taget på, så tænker man, hvorfor søvsen har du taget på? Du har ikke foretaget dig noget som helst. [...] Det [kontrol med vægt] giver mig den følelse, at jeg ved, det ikke løber løbsk lige pludselig, men [...] det kan også give mig en følelse af irritation, hvis ikke der sker noget. [...] Derfor er der også nogle, der siger, jamen du skal kun veje dig en gang om måneden eller en gang om ugen, og det har jeg også forsøgt. Det er aldrig holdt mere end et par dage, fordi, så tænker jeg, hvis nu det er løbet helt løbsk om otte dage, så ved jeg, at jeg vil blive dybt deprimeret over det. Derfor er det nemmere at gøre det [veje sig]” (interview med Casper).

Uddraget viser, at Casper forsøger at kontrollere sin vægt – kroppen – gennem vejninger. Tallet på vægten bliver en slags objektiv indikator for vurderingen af egen indsats, og for hvorvidt han har, eller ikke har kontrol med sine livsstilsændringer og sin krop (for lign. argument jf. Oxlund 2012; Danholt 2012). Caspers vurdering er ikke rettet mod de andre på holdet og deres indsats men snarere mod ham selv. Bl.a. fortæller han ikke om sine daglige vejninger eller sine vægtsvingninger på livsstilskurset. Casper er dog også opmærksom på sin krop på en anden måde, idet han tidligere under interviewet har fortalt, at han kan mærke sit vægttab. Det er derfor ikke kun via vejning og visualiseringen af vægttabet i et tal, at vægttabet manifesterer sig. Det synes dog ikke at være bevis nok for Casper, at han kan følge med i sit vægttab i form af sin fornemmelse af at have mere eller mindre energi, når han kører på arbejdet, for han holder fast i nødvendigheden af at veje sig hver dag gennem hele forløbet. Casper tillægger tilsyneladende tallet på vægten en større værdi end sine egne erfaringer.

”Jeg synes, lige så snart man ryger under de 90, [...] det kan man tydeligt mærke på energien. Jeg kan også tydeligt mærke, hvis det er gået galt, og man ryger op, for det kan jo svinge. Selvom jeg ligger stabilt på omkring 90, så kan den godt nogle gange

ryge op på måske 93, hvis man nu har lavet et eller andet. Det kan jeg faktisk mærke, når jeg kører på arbejdet om morgenen, at der er man træt, og det er man ikke, hvis vægten er nede på under 90 altså 89 eller der omkring. Det er sjovt nok, at det kan være sådan. Man har jo meget mere energi, jo mindre man vejer, eller det har jeg [...]. Der er nogen gange – det har jeg så tænkt på senere – eller det har jeg tænkt på i og med, at jeg tabte mig, at jeg har mange gange siddet sådan med øjnene (glipper med øjnene), når jeg kørte på arbejdet om morgenen, og det gjorde jeg ikke ligeså snart, jeg tabte mig” (Interview med Casper).

Som det fremgår af ovenstående fortælling, er Casper meget opmærksom på sin krop, og på hvorvidt hans vaneændringer manifesterer sig i et vægttab eller ej. Han kan – når han tænker over det – mærke, at han er mindre træt om morgenen, efter at han er begyndt på livsstilskurset, men det er dog først i sammenhæng med tallets værdi på vægten, at hans kropslige erfaringer og forsøg på vaneændringer får en reel betydning for Casper. Tallet på vægten får en symbolsk værdi og bliver en integreret del af Caspers måde at relatere til dels sig selv og sin krop på, dels sine forsøg på at kontrollere selvsamme selv og krop.

Ifølge den danske antropolog Bjarke Oxlund er numeriske værdier blevet en del af folks fortællinger om deres kroppe og følelser af velvære eller mangel på samme (Oxlund 2012). Her forstås (og erfares) kroppen primært gennem tal snarere end gennem en orientering mod kroppens egne sanser, hvilket blandt Oxlunds informanter kommer til udtryk i fortællinger om den daglige brug af måleapparater til at måle kroppens aktivitetsniveau. (ibid.). Som for Oxlunds informanter forholder Casper sig også til sin krop gennem tallet på vægten, der er et visuelt tegn på, hvorvidt Casper agerer ansvarsfuldt eller ej, og hvis resultat i høj grad indvirker på hans kropsfølelser, bl.a. i form af irritation, hvis vægten stiger. Endemålet for Casper med de daglige vejninger og de nye sundere rutiner er dog ikke en BMI mellem 20-25, som er den sundhedsvidenskabelige indikation for normalvægt. Som Casper senere i interviewet beretter, så vil han gerne ned og veje 85 kg., der i hans tilfælde stadig giver en BMI på 26, men som ifølge Casper ”lyder meget godt – 85 kg. – så tror jeg på, der er kommet noget væk, men man skal jo også passe på ikke at blive for hulkindet, for det passer ikke til mig” (Interview med Casper). Caspers forsøg på at kontrollere sin krop via målingerne er således ikke kun anfægtet af moralske

sundhedsværdier, men i høj grad også af kropslige (reflekterede) erfaringer med, hvad der vil være en passende vægt for en mand som Casper.

Bjarne kan som Casper godt mærke sit vægttab. Men han kan ikke måle det, hvilket han ikke forstår tre måneder inde i kursusforløbet, for han synes, han har fået det bedre, siden han er begyndt på livsstilskurset – også selv om han kun har tabt sig tre kilo – og han føler, at han har tabt mere. (Bjarne har i en forholdsvis tidlig alder haft en blodprop i benet, hvilket er en af årsagerne til, at han for flere år siden valgte at gå på pension. Som pensionist vil han have bedre tid til at dyrke motion og forsøge at forebygge eventuelle nye blodpropper, som han er genetisk disponeret for. Både hans nu afdøde far og hans bror har haft flere blodpropper i benene). Han fortæller ad flere omgange om oplevelser som denne:

“Jeg blev vejet forleden dag. Det var ikke nogen succes! Jeg tror, der var noget galt med vægten. Jeg havde i hvert fald ikke tabt mig så meget. [Jeg]passer lidt på, og så har man det bedre, når man ikke vælter rundt med alt for meget. Vægten er stadig den samme, men den sidder pænere nu. [..].”

Jeg spørger ind til, hvad Bjarne mener med bedre, og han svarer:

“Jeg føler mig bare bedre, du kan ikke, jo du kan faktisk måle det på blodtrykket. Det tenderede til at være for højt for et år siden. Der var det lige op over det højeste, som jo er 90 for det mindste, og det var oppe på 100, og det er ikke godt, siger lægen. Og der opdagede jeg, at motion; men det skal ikke bare være gå en tur, der skal altså lidt sved på kroppen, man skal være en lille smule forpustet; det gjorde, at i løbet af tre-fire gange, så faldt blodtrykket, først til 95 og til sidst under 90”.

Senere i interviewet gengiver Bjarne, at han er uforstående over for et manglende vægttab:

“Jeg er godt nok lidt overrasket over, at vægten var stort set den samme som for tre måneder siden. [...]. Jeg kan mærke på bukserne, at der er blevet betydeligt mere luft, og det [bæltet] skal have et hak eller to ind, og det, synes jeg, er godt. Noget af det kan også skyldes, at jeg trænede lidt vægte, men ikke ret meget, men det giver selvfølgelig også muskler, som vejer lidt mere end fedtet. Nej, når det bliver godt

vejr, så skal vi ud og have forbrændt noget fedt, så kan jeg mærke det rigtigt”
(Interview med Bjarne).

Bjarne kan mærke, at han har fået det bedre, men han kan ikke se det på vægten, og det forstår han ikke. Man kan sige, at fornuften fortæller ham, at han må have tabt sig med de ændringer, han har lavet, men det følte væggtab kan ikke registreres. Han prøver at lytte til kroppen, der sanseligt fortæller ham, at han har fået det bedre, men alligevel bliver Bjarne ved med at vende tilbage til det manglende væggtab, og til hvad årsagen kan være: Vægten må være i stykker. Eller muskler vejer mere end fedt. Han forsøger således at give en rationel forklaring på det manglende væggtab, selvom han kropsligt kan mærke effekterne af sine vaneændringer. Han kan dog måle forbedringerne på sit blodtryk, og han har erfaret, at han kan kontrollere sit blodtryk og derfor kroppen via motion. Og det er også den manglende motion i vinterhalvåret, han hentyder til, som en af årsagerne til det manglende væggtab. Selv om han kan mærke, at han har fået det bedre, hentyder han til, at han først rigtig kan mærke det, når han motionerer og bruger kroppen. Det vil sige i objektiveringen af kroppen. Det er ved at måle blodtryk og fornemme kroppen, at han har fundet ud af, at motion hjælper på blodtrykket – han lader sig således lede både af tal og sanseindtryk, dog i en konstant vekselvirkning, hvor det ene influerer på det andet. Vekselvirkningerne mellem objektivering og subjektivering hjælper Bjarne til at forholde sig til virkningen af vaneændringerne og til sit forsøg på at ændre livsstil. Og det er bl.a. sansningen af kroppen – at føle og fornemme behovet for at røre sig – der leder ham til at træne kroppen via motion.

Vekselvirkningerne mellem objektivering og subjektivering

De forskellige narrativer om at mærke kroppen og kontrollere kroppen via forskellige metoder viser, at deltagerne forhandler mellem fornuft og sansning; mellem at se og måle versus at føle og fornemme; i deres forståelse af og deres arbejde med kroppen. Vekselvirkningerne mellem kroppen som et objekt og som et subjekt synes derfor at være en nærmest uundgåelig del af forsøget på at ændre livsstil på livsstilskurset.

Den amerikanske professor Charis Cussins (alias Charis Thomsen) argumenterer i sin analyse af agens og ufrivillig barnløshed på fertilitetsklinikker for, at objektivering af kroppen er en del af det at udvise agens og tage aktiv del i egen behandling for barnløshed (Cussins 1996). I Cussins

studie gør de barnløse kvinder netop brug af kropslige objektiviseringsprocesser som en metode til at opnå et ønsket resultat. De underlægger sig f.eks. lægens ekspertise og lader kroppen blive behandlet som et objekt for at få mulighed for at modtage den ønskede behandling (ibid. s. 598).

Pointen hos Cussins er, at denne vekselvirkning mellem at behandle sig selv som et objekt og relatere til sig selv som et subjekt er en uundgåelig del af behandlingen for barnløshed (Cussins 1996). Mit studie peger på, at denne vekselvirkning også er en del af processen 'at forandre livsstil'. Som argumenteret forholder deltagerne på livsstilskurset sig også til dem selv som krop og arbejder på kroppen som en metode til at opnå et ønsket resultat. Samtidig er de reflekterende i henhold til de anvendte metoder og forsøger at agere som etiske subjekter. Og de gør i den proces brug af deres erfaringer med 'at være en krop' – lade sansninger og kropslige erfaringer lede dem på vejen mod en sundere livsstil. Objektivisering af kroppen foregår derfor ikke i opposition til subjektivering, men som en naturlig del af subjektiveringsprocessen, hvor subjektivering så at sige sker igennem objektiviseringen (Cussins 1996). Det er bl.a. denne vekselvirkning, der gør det muligt for deltagerne at handle på deres ønske om at ændre vaner, ligesom det er kroppens dobbelte status, som tilsyneladende samtidig gør det praktisk muligt at ændre vaner for den enkelte deltager. Deltagerne relaterer til sig selv både som objekt og subjekt, og det er igennem objektiveringen, at deltagerens agens samt kreativiteten i forsøgene på at ændre vaner tydeliggøres, idet de gør brug af de forskellige metoder på egen måde.

Delkonklusion

I analysen har jeg diskuteret, hvordan livsstilsforandringer artikuleres og konstitueres i en konstant vekselvirkning mellem objektivitet og subjektivitet, hvor kroppe er noget, vi er og har (Crossley 2001, 2004). Hvor jeg i det foregående kapitel argumenterede for, at de materielle teknologier – artefakterne og rådene – blev betydningsfulde for deltagerens subjektivering, bl.a. fordi de fungerede som mediatorer mellem idealet om en sundere livsstil og erfarede muligheder og begrænsninger i den enkeltes dagligdag, har jeg i dette kapitel bevæget mig et skridt tættere på deltagerne ved at undersøge, hvordan subjektiveringen også er en kropslig proces og praksis, baseret på kropslige erfaringer og sanselige erkendelser. Jeg har her argumenteret for, at deltagerens kropslige erfaringer analytisk kan fortolkes som 'refleksive kropsteknikker' (ibid.), idet

begrebet formår at favne deltagernes og underviserens skiftende forholden sig til og behandling af kroppen som objekt og subjekt.

Denne vekslen er, som jeg argumenterer for, også en væsentlig del af livsstilsforandringer og den proces, som ønsket om forandringer igangsætter. For flere af deltagerne er det 'fornuften', der gør dem i stand til at kontrollere deres kropslige lyster, samtidig med at det er fornemmelserne for kroppen og sansningen af ændringerne, der dels hjælper dem til at indføre nye praksisser i hverdagen, dels gør dem opmærksomme på, at deres vaneændringer har en virkning. Jeg har afslutningsvist diskuteret, hvordan der sker en løbende objektivering og subjektivering af kroppen, og hvordan det er nødvendigt at anerkende og forholde sig til denne vekselvirkning analytisk for at skabe viden om livsstilsforandringer som en reflektiv kropslig praksis og dannelsesproces. Men er denne dannelsesproces – denne skabelse af sund(ere) mænd – kun individuelt konstitueret? Er det først og fremmest den enkelte deltager selv, der med hjælp fra artefakter og kropsteknikker faciliterer egen dannelsesproces? Eller får fællesskabet på livsstilskurset, som jeg vil vise i næste kapitel, en central betydning for deltagernes subjektiveringer, og hvordan? Det er spørgsmål, som jeg vil diskutere i det efterfølgende, afsluttende kapitel om deltagernes praktiseringer af livsstilsforandringer.

8 Fællesskabet som teknik: Motivation, erfaring og forandring

”Jeg kunne have svoret, at det [gruppen] ikke havde en kæft betydning. Men jeg må indrømme, når jeg sidder deroppe, og hører hver især. Der er et eller andet i, at man kan sidde i en gruppe, der er sådan noget dynamik i at kunne sidde og høre de andre; nu har jeg gjort sådan og sådan. Nu har jeg tabt mig sådan og sådan; og høre på deres erfaringer med, hvordan de har grebet det an, og hvad de har fået ud af de pågældende ting. Det, synes jeg, er befriende. For det i sig selv at mødes tyve overvægtige, overfede mænd er jo ikke noget, for det er de fleste mænd over halvtreds. De er mere eller mindre overfede, så det er der ikke noget sensationelt i. Der er måske noget sensationelt i, at de vil indrømme det (griner); møde op og fortælle om det og gøre noget ved det. Det kan måske være noget, der rykker lidt. Men ja, jeg synes, det giver noget, og selvom det jo ikke er selve gruppen; som det kører her, er det jo ikke de store, vi arbejder [sammen]; men bare det, at man sidder og lytter til hinanden, det, synes jeg, giver noget – et incitament på en anden måde” (Interview med Hans).

Indledning

Jeg har valgt at lade Hans, som vi har mødt flere gange i afhandlingen, afrunde mine analyser af deltagernes praktiseringer af livsstilsændringer. Hans har, som nævnt, ikke tidligere deltaget i sundhedsfremmende tiltag men har selv igangsat ændringer i kostindtag og påbegyndt slankekur ud fra egne forventninger om, hvad der ville have en gavnlig virkning for ham. For Hans var det i første omgang derfor ikke det, at livsstilskurset var et gruppeorienteret tiltag, som betød noget for hans interesse i at deltage i kurset. Med deltagelsen på livsstilskurset ønskede han blot at få viden og metoder til livsstilsændringer.

Som det fremgår af ovenstående citat fra Hans, viser fællesskabet på kurset sig dog at få en betydning for hans livsstilsændringer og for forståelsen af den proces, som han igangsætter. Hans’ fortælling peger altså på en ganske betydningsfuld og interessant problemstilling i forbindelse med ændring af kropslige rutinerede praksisser; nemlig hvordan det individuelle og det sociale

sameksisterer og samskaber livsstilsændringer og subjektivering. Hvordan dette kommer til udtryk på livsstilskurset, og hvad det helt specifikt er, som fællesskabet bidrager med, vil jeg diskutere i dette kapitel. Formålet er at undersøge nuancerne i dels den sociale praksis på livsstilskurset og dennes indvirkning på individuelle omlægninger af livsstil, dels de individuelle erfaringers bidrag til konstruktionen af en fælles fortælling om forandring af livsstil (Steffen 1995) – en fortælling, der gengiver en forståelse af den gode (sunde) livsstil som en balanceret levemåde.

I de to foregående kapitler har jeg adresseret den enkelte deltager samt kroppens og artefakters betydning for individuelle subjektiveringsprocesser med fokus på, hvordan deltagerne kropsligt og reflektivt skaber sig selv om sundere mænd gennem objektivering af kroppen. Som det fremgik, er det en objektivering, der på livsstilskurset sker ved hjælp af artefakter og kropsteknikker og som primært er individuel. I dette kapitel adresserer jeg i stedet de intersubjektive oplevelser og erfaringer med livsstilsforandringer med specifik fokus på fællesskabets betydning for og i deltagernes forandringsproces. Som det vil fremgå af analysen, er den enkeltes subjektivering netop intersubjektiv, dvs. socialt konstitueret (jf. også Mead 1934; Jackson 1996). Det er med den amerikanske filosof og socialpsykolog George Herbert Meads ord: "By first becoming an object of others that a person becomes a subject for [him]self" (Mead 1934 i Jackson 1996, s. 26).

Tilegnelse af viden og færdigheder gennem fælles praksis

I mit fokus på fællesskabet som et af omdrejningspunkterne for deltagernes indsigt i – og praktiseringer af livsstilsforandringer – er jeg inspireret af de analytiske tilgange, der anerkender social praksis som indgangsvinkel til tilegnelsen af viden og færdigheder i hverdagen (Se bl.a. Dewey 1922, 1925, 1929; Mead 1934, 1936; Lave og Wenger 1991).

Den amerikanske antropolog Jean Lave og den amerikanske læringsteoretiker Etienne Wenger introducerer i deres bog om situeret læring begrebet praksisfællesskab [community of practice]. Dette danner basis for deres analytiske tilgang til tilegnelsen af viden og færdigheder (Lave og Wenger 1991). Lave og Wenger definerer et praksisfællesskab som: "System of relationships between people, activities and the world; developing with time, and in relation to other tangential and overlapping communities of practice" (Wenger og Lave 1991, s. 98). Dvs., at mennesker, aktiviteter, tid og rum er gensidigt konstituerende i praksisfællesskaber, og det er denne

gensidighed, der i Lave og Wengers perspektiv, bidrager til indsigt og tilegnelsen af færdigheder (ibid.).⁹⁹

I et praksisfællesskab etableres fællesskabet omkring en fælles praksis, der som udgangspunkt trækker på et fælles repertoire; fælles rutiner, ord og måder at gøre ting på (Wenger 2004, s. 101). Som en del af hverdagen træder mennesker ifølge Lave og Wenger desuden ind og ud af mange forskellige praksisfællesskaber, der på forskellig vis bidrager til tilegnelsen af viden og færdigheder og derfor til skabelsen af subjekter (Lave og Wenger 1991; Wenger 2004).¹⁰⁰ Mennesker er altså gennem livet en del af mange forskellige fællesskaber. Sammenfattende er praksisfællesskaber således situerede i den daglige praksis i folks liv, og som sådan er de både kontekstafhængige og foranderlige.

I henhold til Lave og Wengers forståelse og brug af begrebet praksisfællesskab forholder jeg mig til mændenes deltagelse i livsstilskurset og den socialitet, der skabes som følge af deltagelsen, som et praksisfællesskab, der etableres på baggrund af en fælles interesse; her ønsket om at ændre vaner og opnå et vægttab. Det er ikke et fællesskab, som deltagerne deler med alle andre, som er i gang med livsstilsændringer og gerne vil tabe sig. Men det er et fællesskab, som er karakteristisk for netop denne gruppes sociale praksis og baseret på et fælles mål samt en udpræget enighed om, som deltageren Johnny udtrykker det, "ikke at forsvare djævelen", selv om man er interesseret i livsstilsændringer. Der hersker altså en generel forståelse blandt deltagerne af, at de – til trods for forsøget på at få en sundere livsstil – stadig kan spise eller drikke nogle af de mere usunde mad- og drikkevarer, så længe de indtages i begrænsede mængder.

Med begrebet praksisfællesskab bliver det således muligt at åbne for en forståelse af deltagerens praktisering af livsstilsforandringer som et udtryk for en kollektiv dannelsesproces, der rummer en fælles forståelse af og viden om, hvordan man lever sundere. Det er en dannelsesproces der, skønt den kommer til udtryk individuelt, er blevet grundlagt i fællesskabet, og som, bl.a. på baggrund af

⁹⁹ Denne forståelse af viden som et resultat af praksis står i modsætning til de kognitive, ofte individcentrerede læringsteorier, der primært forholder sig til tilegnelsen af viden og færdigheder som et resultat af bl.a. traditionel undervisning (transmission af viden fra underviser til elev) og/eller en individuel internalisering og lagring af viden (Lave og Wenger 1991; Kvale 2003), bl.a. Burrhus Frederic Skinners teori om betinget læring (adfærd og læring betinges af stimulus og respons) (Beck 2015) og Jean Piagets kognitive læringsteori (læring som subjektiv og kognitiv konstruktion (Vejleskov 1999; Beck 2015).

¹⁰⁰ Hvor Foucault som tidligere nævnt primært adresserer subjektivering som en (individuel) dannelsesproces, der foregår i samspil med videnskabelige diskurser og institutionelle praksisser (se bl.a. Foucault 1982b i Rabinow og Rose 2003), udspringer subjektivitet og viden hos Lave og Wenger af social praksis. I deres optik er subjektivitet (viden om og dannelsen af selvet) dermed først og fremmest en social og situeret praksis (Lave og Wenger 1991).

den fælles forståelse, bliver konstituerende for såvel den sociale praksis på holdet som den individuelle praksis i hjemmene. I relation hertil betragter jeg derfor (også) dette praksisfællesskab som en (selv)teknologi (jf. Foucault 1982b i Rabinow og Rose 2003), der anvendes af deltagerne i forsøget på at ændre rutinerede praksisser. Men det er vel og mærke en teknologi, som er socialt frem for individuelt forankret.

Jeg vil desuden foreslå, at vi betragter dette praksisfællesskab på livsstilskurset som et 'moralsk laboratorium' (Mattingly 2012). Ifølge den amerikanske antropolog Cheryl Mattingly refererer moralsk laboratorium til en situation eller et rum, hvori "experiments are done [...] and in which participants are not objects of study so much as researchers or experimenters of their own lives – subjects and objects. It is a scene in which the 'new' is inaugurated, where new experiences are created [...]. In the moral laboratory, participants are not working with the odds but also, in important ways, against them" (ibid. s. 309).

Moralske laboratorier er hverdagssituationer, hvori forhandlinger om det mulige finder sted, baseret på erfaringer, håb, normer og usikkerhed (Mattingly 2012). Her testes, afprøves og justeres praksis reflektivt – altid i relation til og med andre mennesker og ting samt i relation til 'det gode liv' og mulighederne for at opnå eller fastholde dette (ibid.) Således skabes det moralske selv (også) i dagligdagens intersubjektive og eksperimentelle forhandlinger.¹⁰¹

I det moralske laboratorium er folks narrativer, dvs. de fortællinger, vi fortæller om os selv (til andre), essentielle. Det skyldes bl.a., at det er i narrativerne, at de levede erfaringer tager form og præsenteres som meningsfulde og sammenhængende (Good 1994; Mattingly 2005; Mikkelsen 2015). Mattingly gengiver bl.a. en fortælling om (og fra) en mor, hvis søn er handikappet og sidder i kørestol. På faderens opfordring er sønnen begyndt at spille fodbold, fordi faderen bl.a. ønsker, at sønnen skal være en del af et fællesskab med andre børn. Moderen beretter, at hun først er meget bekymret for sin søn og de skader, han kan få ved at spille fodbold, men at hun senere

¹⁰¹ Mattingly er inspireret af Aristoteles og dennes forståelse af viden som et resultat af erfaring og praksis, hvor praksis altid er kropslig og intentionel, dvs. rettet mod et mål (Mattingly 2012, s. 307). På den baggrund er udgangspunktet for Mattinglys begreb om 'moralsk laboratorium' og hendes tilgang til subjektivering det, hun kalder "first-person phenomenological virtue-ethics" (ibid. s. 306) med fokus på, hvordan det moralske selv dannes. Jeg anvender begrebet til at adressere, hvordan deltagerne på livsstilskurset – på baggrund af deres fælles erfaringer og håb samt den kontinuerlige erfaringsudveksling – forhandler sig frem til en forståelse af det gode sunde liv som et balanceret liv. Det er i udvekslingerne og forhandlingerne, at det moralske selv synliggøres, konstitueres og/eller rekonstitueres. (De fleste deltagere handler etisk og ansvarligt (i relation til sundhed) også inden deltagelsen på livsstilskurset, hvor de bl.a. flere gange har forsøgt at tage sig eller leve sundere).

erfarer under en fodboldkamp, hvor kørestolen vælter, at sønnen falder men blot rejser sig op og spiller videre. Den episode gør hende opmærksom på, at hun, i sit ønske om at beskytte sin søn, samtidig fratager ham essentielle oplevelser blandt andre jævnaldrende børn, hvis betydning, ifølge moderen, langt opvejer hendes trang til beskyttelse og medvirker til moralske selvrefleksioner over, hvad (og for hvem) der vil være det bedste for sønnen (Mattingly 2012, s. 311-313).

Tilsvarende viser den danske antropolog Henrik Mikkelsen, hvordan en gruppe ældre, bosat i seniorboliger beliggende omkring et aktivitetscenter, skaber en fælles fortælling om aktivitet i forståelsen at være aktiv trods alder, sygdom og/eller kropslig funktionsnedsættelse. Det er en fortælling, der står i modsætning til livet på et plejehjem, og som blandt gruppen er med til at opretholde værdier som individuel autonomi, fællesskab og aktivitet (Mikkelsen 2015). I denne optik er narrativer derfor ikke blot repræsentationer af levede erfaringer men også et udtryk for sociale og moralske relationer og den proces, som den enkelte gennemgår i relation til fællesskabet. På linje med dette betragter jeg således erfaringsudvekslingerne, de fælles problemstillinger og det fælles mål på livsstilskurset som også værende et udtryk for en kollektiv, moralsk fortælling, deltagerne fortæller om hinanden til hinanden. Det er en fortælling der, som det vil fremgå af analysen, på en og samme tid anerkender og opretholder normer som autonomi og ansvar, som livsstilskurset plæderer for, med værdien om en balanceret levemåde (jf. Mikkelsen 2015). Og en fortælling, som herigennem muliggør fastholdelsen af en sundere levemåde.

Forudsætningen for deltagernes succes med livsstilsomlægningerne er således ikke kun den enkelte deltagers refleksioner og praksis men også socialitetens fortælling om en sundere livsstil. Som personer er deltagerne på holdet forskellige. De har forskellige professioner, forskellige omstændigheder og forskellige værdier og holdninger, men de forenes i det gensidige, moralske engagement i livsstilsændringer, sådan som det udfolder sig på livsstilskurset. Og det er i dette fællesskab, at den individuelle viden og praksis kan udfoldes og gøres til genstand for en ny sundere praksis. Men hvordan kommer dette helt konkret til udtryk? Hvad er det fællesskab på livsstilskurset bidrager med?

Fællesskab og erfaringsudveksling

Som det fremgår af de foregående kapitler er et væsentligt element i livsstilskurset information og råd til en sundere livsstil, bl.a. i form af forskellige artefakter og kropsteknikker. Vigtige indslag i mødesessionerne er dog også to-og-to-samtalerne samt den såkaldte bordrunde, hvor deltagerne selv skal på banen og fortælle de andre, hvordan det går med den pågældendes vaneomlægninger. Ifølge underviseren sikrer et fast tilbagevendende punkt en god stabilitet i undervisningen, og det er bl.a. her bordrunden kommer ind. Desuden forventer hun, at det vil være godt for sammenholdet og dynamikken på holdet, at deltagerne også får lidt tid til at tale sammen i undervisningssessionerne (Interview med underviser).

Bordrunden

Inden bordrunden sættes i gang, indleder underviseren ofte med at understrege, at den enkelt skal berette om hans største succes, dvs. det der er gået godt siden den forgangne mødegang. Men jeg lægger fra begyndelsen mærke til, at de fleste deltagere næsten altid beretter om de situationer, hvor de ikke har gjort de sunde valg. Bordrunden er skemalagt, så den kun udgør en lille del af det planlagte indhold i hver mødegang, men det ender ofte med, at bordrunden tager meget længere tid end planlagt, fordi hver deltager bliver mødt med spørgsmål og opmuntrende kommentarer og input fra de andre deltagere.

Benny, der som tidligere nævnt håber, at en sundere livsstil og et vægttab vil føre til færre rygsmerter, fortæller bl.a., at bordrunden bidrager med input, samtidig med at han selv får ordet. Benny fortæller:

”Jeg er ikke typen, der hele tiden rækker hånden op og siger noget. [Med bordrunden], bliver du direkte spurgt, og så kører man runden. Alle får lov til at sige noget, og der er godt. Og det, der er rigtig godt, er den information imellem [deltagerne], man kan give. Det har jeg været glad for i andre situationer. At man ved, det ikke kun er mig, der står i den her situation, det er også de andre, der enten spiser for meget eller ikke får nok motion. Der er andre, der står i samme problem, som mig. Det er også det, min deltagelse i ryghold har givet mig. Min familie kan godt se, jeg har smerter, men de kan ikke mærke mine smerter. Når man er et hold, og andre har smerter, kan man bedre følge hinanden; forstå hinanden, og det samme

her [på holdet]. Vi har alle et problem med at spise for meget, så man står i samme situation og kan give input til hinanden” (Interview med Benny).

Som det fremgår af citatet, refererer Benny til erfaringsudvekslingen mellem deltagerne som vigtig for sin individuelle forandringsproces. Han hører de andres erfaringer og får derigennem metoder til at håndtere egne problemstillinger. En dag til bordrunden fortæller han bl.a., hvordan deltageren Renes forslag om at lade gryderne stå ude i køkkenet, så overskydende mad ikke frister, er blevet en rutine ved aftensmåltidet. I erfaringsudvekslingerne sprogliggøres de ofte ureflekterede kropslige dispositioner og de kan på den baggrund lettere gøres til genstand for en ny norm i hverdagen. I Bennys tilfælde eksempelvis at lade gryderne stå i køkkenet.

Gennem den sociale praksis på holdet bliver Benny samtidig opmærksom på, at han ikke er alene om at have problemer med vaneomlægningerne, og i gruppen finder han en forståelse for den proces, han gennemgår, som han ikke kan få fra familien – trods børnenes og hustruens opbakning – fordi de ikke deltager i den samme kropslige og sociale forandringsproces. Ifølge Mead er det ved at indtage den andens rolle, dvs. ved at se på sig selv [som objekt] igennem andre, at individet formes og bliver et subjekt (Mead 1936).¹⁰² Ved at spejle sig i de andre deltagere etablerer Benny således en forståelse for egen proces og egne problemstillinger. Og det er en forståelse, der, sammen med de forskellige artefakter han anvender (jf. kap. 6), medvirker til, at han kan (gen)skabe sig som en sund(ere) Benny.

Sidst men ikke mindst giver fællesskabet på livsstilskurset også Benny et rum til at tale og blive hørt. Både fordi det at ”få runden” er en fast bestanddel i udformningen af bordrunden, og fordi det at være blandt andre med samme problemstillinger gør ham sikker nok til at udtrykke sig, trods det, at han normalt ikke er den, ”der taler”. Hermed bliver projektet om at forandre livsstil et fælles projekt, baseret på en reciprok udveksling og anerkendelse, snarere end blot et individuelt projekt. Det er således også gennem de kollektive erfaringer (og fortællinger), at Benny skaber en forståelse for egen situation og proces (jf. Good 1994; Jackson 1996; Mikkelsen 2015).

¹⁰² Ifølge Mead indebærer enhver menneskelig kommunikation evnen til at være en anden for sig selv. I tosamheden begrebsliggøres den anden som ’den specifikke anden’. I forhold til større grupper anvender Mead begrebet ’den generaliserede anden’, der repræsenterer sociale normer, værdier og forventninger. I Meads optik dannes betydning/mening og subjektet således i en mellemmenneskelig samhandel (Mead 1936; Mortensen 2004; Shilling 2008).

Eksemplet med Benny viser, at reciprocitet er et kardinalpunkt i fællesskabets funktion. Som deltager på livsstilskurset byder man ind med egne erfaringer og tager imod og gengælder de andres. Ifølge den franske sociolog Marcel Mauss er princippet om (gave)udveksling – pligten til at give, pligten til at modtage og pligten til at gengælde – et generelt socialt grundvilkår, dvs. essensen i enhver menneskelig relation, og dét, der grundlæggende binder folk og samfund sammen (Mauss [1950] 2000). Reciprociteten er et princip, som underviseren generelt forsøger at installere i deltagerne allerede under den første undervisningsgang, hvor de skal indgå en mundtlig kontrakt, indeholdende bl.a. en aftale om at byde ind og bidrage til gruppen samt respektere tavshedspligten¹⁰³. Hun forsøger altså at regulere samværet hen imod en gensidig udveksling.

På baggrund af Bennys refleksioner vil jeg dog åbne op for, at erfaringsudvekslingen på livsstilskurset ikke skal betragtes som en forpligtelse, som hos Mauss (ibid.; jf. også Jackson 1996), eller et princip, som deltagerne skal 'lære' at udvise. Tværtimod synes udvekslingen af erfaringer at komme helt automatisk bl.a. grundet den fælles problemstilling (jf. Jackson 1996). Flere af deltagerne byder fx allerede under de første undervisningssessioner ind med tidligere erfaringer og gode råd. Det gælder fx Rene, der allerede inden deltagelsen på livsstilskurset er begyndt på tallerkenservering og på at stille gryderne i køkkenet. Og Kurt, som fraråder de andre deltagere at igangsætte en af hans tidligere afprøvede slankekur, som ifølge hans lægeven havde en mindre gunstig virkning på hans organer. Denne udveksling af råd, erfaringer og problemstillinger fortsætter og intensiveres igennem forløbet, i og med at deltagerne både gør sig flere erfaringer og kommer til at kende hinanden bedre. Erfaringsudvekslingen er således central for både etableringen af fællesskabet i første omgang, fordi det skaber en vis intimitet og fortrolighed, og for konstitueringen af subjektivitet og forståelse for egen proces.

To-og-to-samtalen

Denne sammensmeltning af individuelle og fælles problemstillinger og erfaringer kommer også til udtryk i nedenstående uddrag fra en to-og-to-samtale mellem Benny og deltageren Sonny (med mig som tredje, fortrinsvis, lyttende part). To-og-to-samtalerne indleder ofte bordrunden. I

¹⁰³ Jeg har som nævnt fået deltagernes accept og samtykke i anvendelsen af deres refleksioner samt episoderne fra livsstilskurset og mine interviews i denne afhandling. Deltagerne er desuden som tidligere nævnt anonymiseret (For uddybning jf. kap. 5).

samtalen skal Benny og Sonny (og de andre deltagere) rangere, hvor de – på en skala fra et til ti – befinder sig med deres skridt, ligesom de skal berette om deres succes siden forrige mødegang.

”Benny har ondt i ryggen og har svært ved at dyrke motion pga. rygsmerter. Han cykler til og fra arbejde, men må som nævnt ligge ned meget af eftermiddagen. Vægttabet hos Benny er på daværende tidspunkt gået i stå, og han mener, at mere motion vil kunne hjælpe med at få gang i det igen. Han føler sig dog hæmmet af ryggen. Benny og hans kone har talt om, at de skal begynde at gå en aftentur, men de er ikke kommet i gang med det, bl.a. fordi Benny ofte har ondt i ryggen om aftenen og falder i søvn, fortæller han. Sonny foreslår Benny at begynde til spinning¹⁰⁴, som han ikke mener, er så belastende for ryggen. Sonny dyrker selv spinning og aerobic flere gange om ugen; han får efter eget udsagn næsten helt uro i benene, hvis han ikke kommer af sted til timerne. Benny er lidt tilbageholdende først, men Sonny fastholder snakken om motionsformen og fortæller, at Benny jo selv kan bestemme, hvor meget belastning, han sætter på cyklen. Jeg reflekterer lidt over Sonnys forslag og siger henvendt til Benny, at han jo kan fortælle underviseren, at han har dårlig ryg og derfor kører i eget tempo og belastning. Benny tænker lidt mere over det og konkluderer, at han måske skulle prøve det. Vi fortsætter med at tale om, hvordan det er svært ikke at ”gå i skabene”, når man ikke har noget at lave. Begge går hjemme i øjeblikket. Benny arbejder deltid og er hjemme til frokost. Sonny har lige mistet sit job og har gået hjemme i 2 uger. Han har ellers tidligere, dvs. inden han blev arbejdsløs, givet udtryk for, at han arbejdede meget og havde lange arbejdsdage. Det betød bl.a. at der ofte ikke var tid til at lave sund aftensmad til familien. Især fordi børnene ifølge Sonny var meget kræsne og ikke ville spise maden, hvis der var grøntsager i.

Benny fortæller, at han har svært ved tiden fra frokost og til aftensmaden. Han ”går i skabene” og har lyst til noget, til trods for at han har spist frokost. Benny og Sonny bliver enige om, at det er fordi, de keder sig, at de begynder at tænke på mad, i modsætning til hvis de har en travl hverdag, så ”tænker man ikke i de baner”. Benny fortæller, at han laver frokost, når han kommer hjem; nogle gange salat og det tager

¹⁰⁴ Konditionstræning i hold på specialbyggede cykler.

tid at snitte, og at spise det, og der kan godt gå en time. Men han ser ofte fjernsyn samtidig med, han spiser, og han rationaliserer sig frem til, at det kan være grunden til, at han får lyst til at gå i skabene, fordi han ikke er opmærksom på, at han får noget at spise. Sonny foreslår Benny, at han måske skal lade være med at se fjernsyn, når han spiser. Benny virker ikke til at være helt med på ideen. Fra vores interview ved jeg, at familien ser fjernsyn, når de spiser til aften, og at Benny generelt godt kan lide at se fjernsyn og også gør det en del, bl.a. fordi det, som tidligere nævnt, tager opmærksomheden fra smerterne. Jeg spørger, om Benny måske kan vente lidt med frokosten, når han kommer hjem, så der ikke er så langt tid mellem frokost og aftensmad. "Jamen inden jeg er hjemme, så er klokken ofte halv et" fortæller Benny. Sonny siger, at det vel ikke gør noget, at han først spiser klokken to, og fortæller, at han de sidste par dage har været i haven og derfor først har spist omkring kl. halv tre. Men kort tid efter sætter 'afslapnings-mood'et ind" siger Sonny, og han "begynder at gå i skabene". Det er ifølge Sonny "ren kedsomhed, for man er jo ikke sulten: Det er en form for trøstespisning". De griner lidt af det, og der er generelt en god stemning imellem de to; de begynder ikke at tale om, at det er synd for dem, at de begge går hjemme, når andre er på arbejde, men udveksler blot erfaringerne om, at det er svært ikke at få trang til noget, når de er alene hjemme i længere tid. De bliver enige om, at det er et problem, hvis man har noget i huset [af søde sager eller chips]. Benny mener, det er det bedst, hvis de ikke har noget i huset – og fredagsslik til børnene køber de kun om fredagen. "Jamen så er problemet", siger Sonny, "at næste gang du er ude at handle, så køber du bare noget", men her pointerer Benny, at dét har han dog trods alt ikke svært ved at undgå! (Uddrag fra feltnoter).

Den gensidige erfaringsudveksling mellem Benny og Sonny er et eksempel på, hvordan levede erfaringer i form af et fælles narrativ gøres til genstand for moralske forhandlinger om det mulige (jf. Mattingly 2012), og hvordan ellers forvirrende, individuelle oplevelser forhandles til meningsfulde fælles erfaringer (Good 1994; Steffen 1995; Mattingly 2005, 2012). Det gælder fx samtalen om, hvordan det at dyrke motion med rygsmerter kan dreje sig om at justere belastningen på cyklen, og hvordan det at få lyst til mad, når man ikke er sulten, handler om kedsomhed og om at være alene. I fortællingen afspejles både en vilje til og et konkret udtryk for,

at såvel Sonny som Benny påtager sig rollen som autonomt, ansvarligt subjekt. Bl.a. ved at tale om hvordan de kan gøre de sunde valg, men også ved en fælles forståelse for, at ansvar og autonomi ikke altid er nok, idet der også er andre omstændigheder, som har betydning for praksis i dagligdagen, fx smerter og tid. Ved at udveksle deres erfaringer og give hinanden råd objektiviseres mulighederne og begrænsningerne i det fælles projekt om at få sundere rutiner, og de kan på den baggrund gøres til genstand for individuel praksis (Bülow og Hyden 2003).

At fællesskabet spiller en afgørende rolle for selvets subjektivering kommer også til udtryk i Hans refleksioner.

'At være i samme båd' – genkendelse og anerkendelse

Hans, som påpegede, at deltagelsen i fællesskabet giver et incitament til fastholdelse af de nye praksisser, refererer som Benny og Sonny også til de andres indvirkning på hans forståelse af egen situation, når han gengiver den første dag på kurset:

"Man kører jo derop første dag og tænker gu' ved, hvad det er for nogen, for der vidste jeg jo ikke, hvem det var, eller hvor stort holdet var. Nå, men han er her også, og ham der, ja, ja. Det var meget sjovt og bekræftende. Det skal nok gå så, tænkte man" (Interview med Hans).

Hans' hentydning til at "det nok skal gå" med vaneændringerne sammen med de andre deltagere viser, at livsstilskurset, foruden at være et rum, hvori viden om en sundere livsstil kan opnås, også bliver et rum for anerkendelse af den enkeltes situation og praksis, bl.a. fordi Hans (som Benny og Sonny) finder støtte og forståelse i fællesskabet og i genkendelsen af fælles problemstillinger. Det er en anerkendelse (og genkendelse), som flere af deltagerne ikke nødvendigvis bliver mødt med blandt andre, som ikke oplever at have de samme dilemmaer omkring at agere sundere. Som deltageren Nikolaj pointerer, så er vi "alle i samme båd" (Interview med Nikolaj), hvilket bliver en metafor, der går igen i dialogen på livsstilskurset og henviser til fællesskabets accept og forståelse af den enkelte deltagers proces med at ændre vaner.

Til trods for at deltagerne, som vist i de foregående kapitler, får en række metoder til at ændre deres rutinerede praksisser, oplever de fleste af deltagere undervejs på livsstilskurset, at det er svært at holde fast i ønsket om at leve sundere og tabe sig, når julen nærmer sig, når man er på ferie, når buffeten på arbejdet frister, når familien ikke støtter op, eller når man er arbejdsløs og

går derhjemme. At kunne være ærlig omkring fristelserne eller problemstillingerne og opnå forståelse, når man er "faldet i", bliver for deltagerne en væsentlig del af socialiteten og omgangstonen på kurset. Individuelle oplevelser og gruppens fælles erfaringer konstituerer således hinanden og bidrager i fællesskab til praktiseringen af livsstilsforandringer. Både for den enkelte deltager specifikt og for gruppen generelt. Det forhold, at alle kender til fristelser og faldgruber i hverdagen, får en betydning for både etableringen af gruppen i første omgang og for den enkelte deltagers forståelse af og praktisering af egne livsstilsomlægningerne, fordi det influerer på troen på eget projekt. Gennem dialogen og erfaringsudvekslingerne relateres de individuelle oplevelser til gruppens fælles erfaringer, og de gøres herigennem konkrete, forståelige og acceptable (Steffen 1995, s. 273).

I den tidligere nævnte analyse af en gruppe patienters forsøg på vaneomlægning på et dansk livsstilscenter argumenterer Grøn for, at udsagnet 'at være i den samme båd', som jævnligt benyttes af patienterne, bliver et billede på den sociale oplevelse af at være sammen med andre, som i udgangspunktet er fremmede, men som grundet fælles lidelse eller omstændigheder er lig en selv (Grøn 2006, s. 68). Såvel blandt deltagerne på livsstilskurset som blandt Grøns patienter på livsstilscenteret er dette fællesskab baseret på samme udfordring et væsentligt parameter for følelsen af anerkendelse og forståelse. Og for den enkeltes tilgang til det igangsatte projekt om livsstilsændringer. Det sociale rum fungerer dermed som et spejl, hvori individet kan få et nyt blik på sig selv og andre (ibid. s. 82). Deltagerne på livsstilskurset er ikke bare overvægtige men også mænd, der har problemer med at spise for meget og aktivt påtager sig ansvaret for – og får hjælp til – at ændre vaner igennem andre, som har samme problemer. Min pointe er, at den viden og de færdigheder til at ændre vaner, som deltagerne får, på mange måder også er udviklet i det sociale rum, dvs. igennem den sociale praksis på holdet og de fælles erfaringer (jf. Dewey 1922, 1929; Mead 1936; Lave og Wenger 1991), bl.a. fordi egne oplevelser med den danske antropolog Vibeke Steffens ord "gøres til genstand for fornyet refleksion og revideret erfaring gennem den sociale praksis" på livsstilskurset (Steffen 1995, s. 277). Det er således i fællesskabet, at udfordringerne med at ændre de kropslige ureflekterede dispositioner artikuleres sprogligt og kropsligt.

Den distribuerede, relationelle sundhedsforståelse

Denne distribuerede, relationelle og forhandlede sundhedspraksis, som ovenstående er et udtryk for, er ikke kun knyttet til de andre deltagere på livsstilskurset. Den er også til stede i andre af hverdagens situationer og relationer.

Under mit interview med Helge illustreres det af denne dialog:

Helge: "Jeg har i langt tid arbejdet på at få lidt mindre på tallerkenen, end jeg plejer at have. Og så kigger jeg lidt til mine kollegaer [ved frokostbuffeten på arbejdspladsen], ligesom for at se, nu er det så nogenlunde som dem. Det er det ikke helt endnu. Der er stadig væk for meget i forhold til deres [tallerken], men det er bedre. Det går den rigtige retning".

Maja: "hvorfør kigger du over på deres tallerkener?"

Helge: "For at se hvor meget de spiser og - ikke for at ligne dem – men for at se, hvor meget mad kan de nøjes med for at føle sig mætte. De er pænt slanke; der er selvfølgelig også nogen af dem, der er lidt tykke; men de tager trods alt ikke så meget mad, som jeg gør eller har gjort, så det er ligesom målestok for, hvor meget mad skal jeg også tage. Ikke fordi jeg føler gruppepres på nogen måde. De [kollegaerne] siger i hvert fald ikke noget til, at jeg tager så meget mad, men det er sådan målestok for, hvor meget eller hvor lidt mad kan jeg egentlig komme ned på og så stadig føle mig mæt. Så kan det da godt være, når jeg kommer hjem, at jeg kan tage lidt mere på tallerkenen der, men det er ligesom for at få justeret mængderne i det rigtige forhold hele døgnet ikke. Det er sådan mere det, jeg bruger det [at kigge på kollegaernes tallerken] til – som en rettesnor" (Interview med Helge).

Som det fremgår, forsøger Helge at imitere sine kollegaer, som, vurderer han, må agere korrekt, bl.a. fordi de er slanke. Helges reflekterede praksis sker således også i forhold til 'den generaliserede anden' (Mead 1936), dvs. konventionelle normer og forventninger for korrekt opførsel, også uden for livsstilskurset. Flere af de andre deltagere udtrykker lignende opmærksomhed omkring andres ageren som målestok for egne handlinger. Bl.a. fortæller deltageren Nikolaj flere gange i begyndelsen af kurset, at han ofte oplever folks blikke eller

åbenlyse forundring, når han går to eller tre gange til buffeten, mens han ved en af de sidste undervisningsgange – efter et endt ferieophold, der inkluderede en buffet ved hvert måltid – selv beretter, hvor overrasket han er over indtaget af mad blandt de andre gæster. Nikolaj bliver således opmærksom på egen praksis gennem de andres blikke, men med tiden indoptager han dette blik og gør det til sit eget, hvorudfra han betragter og bedømmer andres handlinger.

Ifølge Mead repræsenterer 'den generaliserede anden' samfundet eller den/de sociale gruppe(r), som den enkelte er en del af i hverdagen, og det er ved reflektivt at indtage og indarbejde 'den generaliserede andens' rolle (normer, forventninger og meninger), at nye rutiner internaliseres, og individet dannes (Mead 1936). Helges forsøg på at afpasse sine måltider efter kollegaerne og Nikolajs ændrede syn på egen og andres praksis, kan, i Meads optik, ses som konkrete eksempler på, hvordan denne rolleovertagelse – denne internalisering af normer – kan tage sig ud i hverdagen, også uden for livsstilskurset. Hvor Mead påpeger, at subjektivering altid er reflektiv¹⁰⁵, peger eksemplet med Nikolaj dog på, at denne rolleovertagelse – og dermed subjektiveringen – også kan finde sted forholdsvist ureflekteret. Intersubjektivitet og imitation, forstået som en kropslig omsætning af råd og observationer til kropslige dispositioner, er således et væsentligt led i det at lære en ny kropspraksis; en ny habitus (jf. Mauss 1979; Bourdieu 1977; Crossley 2004; O'Connor 2007).

Foruden kollegaer, venner og folk, man omgås, influerer også familien på deltagernes praksis og forståelse for egen proces. Ikke kun fordi den enkeltes vaneændringer skal integreres i familiens eksisterende rutiner, eller fordi de fleste af deltagerne ytrer ønske om at blive sundere netop for at være en aktiv del af børn og børnebørns liv, men også fordi manglende opbakning fra familien bliver adresseret og diskuteret på livsstilskurset.¹⁰⁶ De fleste deltagere møder generelt stor opbakning fra familien – flere af familiemedlemmerne begynder selv at ændre på nogle af deres rutiner – og opbakningen i hjemmet er, ligesom praksisfællesskabet på livsstilskurset, også med til at gøre det individuelle projekt til et fælles projekt, der således ikke kun handler om vægttab og sundere vaner men også om bekræftelsen af familieværdier, samvær og samhørighed. Som Kurt

¹⁰⁵ Mead skelner mellem mig'et, som er det reflekterede subjekt, og jeg'et, som er det umiddelbare individ (Mead 1934)

¹⁰⁶ I undersøgelser af sundhedsinterventioner rettet mod mænd argumenteres der for, at familieopbakning er væsentlig i projekter om livsstilsændringer, uden at der dog gives en egentlig forklaring på hvorfor (Se bl.a. Robertson m.fl. 2008; Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed 2009; Sundhedsstyrelsen 2010). Ifølge Grøn er det for mange af hendes informanter (både mænd og kvinder) svært at indarbejde de nye sundere rutiner i de eksisterende hjemlige rutiner, bl.a. fordi de hjemlige rutinerede praksisser skaber tilhørsforhold og samtidig er tæt knyttet til eksisterende familieværdier som omsorg (Grøn 2004).

udtrykker det, så handler det om ”hvad vi kan gøre for hinanden i stedet for, hvad jeg kan gøre for mig selv” (Interview med Kurt).

Der er midlertidigt også deltagere, der har sværere ved at fastholde deres sundere vaner i de hjemlige rammer, når også hustruen er glad for søde sager, eller når børnene og/eller hustruen ikke udviser forståelse for ændringer i de vante rutiner. Sonny, som vi tidligere mødte i to-og-to-samtalen med Benny, er en af de deltagere, som jævnligt beretter om en manglende opbakning fra familien. Sonny er 44 år ved livsstilskursets begyndelse. Han er gift, har to mindreårige børn og har tilmeldt sig livsstilskurset, fordi han gerne vil have hjælp til ændringer i sine og familiens kostmønstre. Sonny dyrker efter eget udsagn en del motion – han og hans kone er i fitnesscenter flere gange om ugen – men alligevel vejer Sonny for meget, og han er kommet frem til, at det må skyldes hans kostindtag. Hverken Sonny eller hans kone har interesse i at lave mad. Desuden er børnene som nævnt ifølge Sonny meget kræsne, så det bliver ofte de lette, børnevenlige middagsretter, som aftensmåltiderne består af, og det er i Sonnys optik ikke specielt ernæringskorrekte, bl.a. fordi middagsretterne, ifølge Sonny, altid er uden grøntsager af hensyn til børnene, da de ellers ikke vil spise maden.

I starten af livsstilskurset virker Sonny umiddelbart ikke så engageret som mange af de andre deltagere, og i de første par måneder, hvor kurset er i gang, taler underviseren og jeg et par gange om, at det virker, som om Sonny keder sig i sessionerne. Som tiden går, bliver han dog mere og mere engageret; han byder oftere ind med erfaringer til de andre deltagere, og han søger oftere råd og støtte fra de andre deltagere og underviseren. Han spørger bl.a. til håndtering af kræsne børn, og til hvordan han kan få indarbejdet sundere madvaner på en balanceret måde, selvom familien ikke umiddelbart vil ændre på rutinerne, og selv om hans hustru ikke tager hans tilgang til vaneændringerne seriøst. Han er desuden en af de deltagere, der ender med at møde op flest gange, og han forsøger at få holdet med på en fælles mountainbiketour, som dog ikke bliver til noget. I Sonnys tilfælde kolliderer de individuelle ønsker og familiens ønsker. Fællesskabet på livsstilskurset bliver for Sonny det rum, hvori han fortsat kan operationalisere sine ønsker om at ændre rutiner og gøre dem konkrete og forståelige. Følger jeg Mead, så bliver holdet på livsstilskurset i Sonnys tilfælde til alternativt betydningsfulde, signifikante andre¹⁰⁷, som

¹⁰⁷ Mead brugte ikke selv udtrykket ’signifikante andre’ men talte om ’signifikante symboler’ [sproglige betydningsfulde handlinger for samhandel og individets subjektivering] (Mead 1936). Signifikante andre repræsenterer de personer, som den enkelte person

umiddelbart bliver væsentlige og værdifulde i Sonnys forsøg på at skabe sig som en sundere Sonny.

Livsstilsændringer og balancegang – det sure med det søde

Ud over at deltagerne er lidelsesfæller – overvægtige mænd og med hang til god mad – så er de også enige om at det, de igangsætter, er en livsstilsomlægning ikke en slankekur, og at der derfor stadig er plads til rødvin, slik og peanuts, bare det er i en begrænset mængde. Fællesnævneren for deltagerne er dermed også tilgangen til ændringer af rutiner som en balancering mellem lyst og behov – at der ”stadig skal være plads til det sjove” (Interview med Sonny).

Hyggeligt og humoristisk samvær mellem deltagerne bliver dermed også en konkret metode til at synliggøre det erfarede dilemma mellem lyst og behov. Bl.a. er deltagerne enige om, ”at det er noget skidt at være tynd, når man kun må få 2500 kcal om dagen i modsætning til, hvis man vejer noget mere og derfor må få 3000 kcal dagligt”. De udtrykker også, at det er ”okay at få stegt flæsk med persillesovs en gang imellem, for man skal jo heller ikke blive for hulkindet”, og fremhæver tilsvarende, at der ”ikke er noget, der hedder forbudt, for man er jo på livsstilsændringer”, og at en middagsgæst nok vil undre sig ”hvis man serverer gulerødder og vand til aftensmad”.

Den amerikanske antropolog Michael Jackson viser i sit komparative studie af sociale, politiske narrativer, at humor og vittigheder fungerer som et formidlende mellemlid mellem modsatrettede erfaringer eller problemstillinger (Jackson 2004). Ifølge Jackson er ”laughter both an objective marker and subjective expression of a liberating sense of distance from radically contradictory situations” (ibid. s. 174). Blandt deltagerne på livsstilskurset er bl.a. lysten til mad versus ønsket om et vægttab konkrete eksempler på modsatrettede erfaringer. Følger jeg Jackson, så er vittigheder og humor blandt deltagerne på livsstilskurset således også en måde, hvorpå de kan distancere sig fra deres individuelle besværligheder omkring at forene ideal og kropslige lyster, samtidig med at de – gennem latteren – også bekræfter fællesskabet og det fælles mål.¹⁰⁸

At kunne forenes i latteren over egne problemstillinger samt i snakken om den dejlige mad, og hvor svært det er at holde sig ”fra de gode ting, hvor smagen sidder”, er i starten medvirkende til

interessere sig for og derfor er vigtige og væsentlige for den enkeltes selvforståelse og forståelse af verden, fx familie (Levin og Trost 2005, s. 117-118)

¹⁰⁸ Humorens betydning for etableringen af fællesskaber blandt mænd fremhæves også i andre studier af sundhedsfremmende tiltag, specifikt målrettet mænd (se bl.a. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed 2009; COWI og Sundhedsstyrelsen 2011; Grøn m.fl. 2012; Franck 2012).

skabelsen af fællesskabet på livsstilskurset, mens det i slutningen af kurset er erfaringerne med at blive hurtigere mæt, ikke at kunne spise så meget som venner og kollegaer til sociale sammenkomster og helt at glemme at spise de fremsatte peanuts, selvom det tidligere var et problem at stoppe igen, som konstituerer og bekræfter fællesskabet og gruppens forståelse af en sundere levevis. Den fælles jargon og tilgang til livsstilsomlægningerne medvirker med andre ord til skabelsen af fællesskabet og en fælles forståelse deltagerne imellem. På samme måde som med erfaringsudvekslingen kommer jargonen og humoren således også til at spille en rolle for følelsen af at være i samme båd; at være fælles om vanskelighederne ved at kontrollere lyster, behov og hverdagens rutiner; og at få ambivalenser og modsætninger til at sameksistere (Grøn 2006, s. 84-85; Jackson 2004).

Bjarne, der som nævnt er begejstret for livsstilskurset, fordi det ikke tager udgangspunkt i en slankekur men er baseret på langvarige livsstilsændringer (jf. kap. 6), gengiver i mit interview med ham, at hyggen giver lysten til at komme næste gang:

”Vi hygger os, humøret er godt, og så hører man efter, fordi man begynder at føle sympati for dem alle. Så hører man meget bedre efter, hvad det er, de kæmper med og deres erfaringer, og nogle af dem [erfaringerne] kunne man kende. Det giver betydeligt mere, end hvis bare [underviseren] havde udgivet en bog” (Interview med Bjarne).

Deltagerne deler altså en opfattelse af, at den sunde livsstil er en balanceret livsstil. Denne balancerede tilgang til vaneændringerne hænger bl.a. sammen med deres tidligere erfaringer med vægttabsinterventioner, hvor det som nævnt ikke har været muligt for deltagerne at fastholde en, hvad de erfarede som, streng diæt på længere sigt. (Den manglende fastholdelse er ikke særegent for deltagerne på livsstilskurset. Flere undersøgelser af sundhedsinterventioner konkluderer, at det er svært for deltagerne i sundhedsinterventionerne at fastholde et vægttab eller en fastlagt diæt på sigt (se bl.a. Grøn 2004; Lang og Froelicher 2006; Townsend m.fl. 2006; Christiansen m.fl. 2007; Jallinoja m.fl. 2008; Martin og Nielsen 2012). Men det hænger også sammen med en afvejning af, hvad der har betydning for deltagerne. Bl.a. mener Rene, at det hører sig til at spise flæskesvær sammen med vennerne på fisketuren, og at kroppen har behov for sukker, hvis den higer efter det (Interview med Rene). Og Johnny udtrykker, at der stadig skal være plads til et glas

rødvind i weekenderne og god mad, for man skal ikke blive ”hysterisk” men have det godt og rart med det [livsstilsændringerne] (Interview med Johnny).

Den danske antropolog Mette Bech Risør pointerer i sin afhandling om gravide rygere og deres rygevaner, at kvindernes praksis er karakteriseret af ’en gylden middelvej’, dvs. løbende afvejelser og overvejelser mellem forskellige typer af viden og ideer om sund fornuft, lyst og behov (Bech Risør 2003). På lignende måde vil jeg argumentere for, at deltageres tilgang til livsstilsforandringer også handler om at etablere en gylden middelvej, der, som vist, kommer til udtryk i deltageres fortløbende forhandlinger om det mulige; om hvordan det gode liv består både af lyst og behov (jf. også Jallinoja m.fl. 2010; Will og Weiner 2014 for en lign. tilgang til praksis som et resultat af en balancerende mellem forskellige værdier, idealer og muligheder).

Gennem humoren, hyggen og de fælles erfaringer balancerer deltagerne imellem idealet om sundere rutiner og ønsket om en balanceret levemåde med rum til mad, hygge, venner og familie. Med et fokus på livsstil som en balanceret levemåde gøres der modstand mod en tilgang til sundhed som et altdominerende spørgsmål, samtidig med at behovet for og ønsket om at tabe sig, leve længere og være funktionsdygtig anerkendes. Som det fremgår, tager den enkelte deltager (og fællesskabet) således aktiv del i konstitueringen af selvet som et sundt subjekt. Det er dog en individuel dannelsesproces, som ikke udelukkende ligger i forlængelse af idealerne om sundhed og en sundere livsstil, men – og måske endda i højere grad – er baseret på de fælles forhandlinger om den gode og mulige hverdag. Således er dannelsen af deltagerne som sund(ere) subjekter ikke kun et resultat af viden om og indføring i kroppens og madens fysiske og kemi, men i høj grad også et resultat af socialiteten, der, som det fremgår af analysen, muliggør og ofte medvirker til artikulerende af nye individuelle kropslige normer.

Indirekte pres og incitament til fastholdelse

På baggrund af disse analyser, vil jeg derfor argumentere for, at deltagerne ikke kun opnår viden, metoder og anerkendelse via fællesskabet. De får i høj grad også et incitament og et skub til at fortsætte med vaneomlægningerne, uagtet det til tider kan synes svært eller uoverkommeligt. Deltagelsen i fællesskabet forpligter på en positiv vis. Hans fortæller, hvordan det at være en gruppe og bo i en lille kommune betyder, at:

”Man jo ikke bare springer fra og sige, ”nu er det ikke sjovt mere”. Du har en vis ansvarlighed over for gruppen. Du bliver nødt til at melde ind med et eller andet. Du kan ikke sige, ”ja, jeg har ikke gjort noget som helst”. Du bliver nødt til at følge med gruppen” (Interview med Hans).

Også deltageren Kurt pointerer, at man bliver ”holdt til ilden” ved at være en gruppe, om end han ikke har ”så meget kontakt med de andre ud over livsstilskurset”. Deltagelsen i fællesskabet forpligter både med hensyn til at melde ind og fortælle om egne erfaringer og med hensyn til at lytte og anerkende de andres oplevelser, fordi der i udvekslingen af personlige erfaringer også skabes en gensidighed deltagerne imellem samtidig med, at den enkelte deltager igennem fællesskabet vedligeholder sin egen proces (Steffen 1995, s. 275).

En væsentlig del af igangsættelsen og senere fastholdelsen af vaneændringerne synes således at være det indirekte pres, som kollektivet udøver på den enkelte deltager. Det er dog ikke et pres eller en kontrolmekanisme, som umiddelbart giver anledning til frustrationer eller undertrykkelse for den enkelte deltager, men derimod noget, der virker produktivt i den forståelse, at det skaber og medvirker til fastholdelse af målet. Bjarne pointerer f.eks.:

”Der ligger ikke noget tungt åg over en, og alligevel ligger der det med, at man gerne vil være lige så god som de andre, uden at der går konkurrence i det. For det synes jeg ikke, der gør. Det er jo ikke sådan, at man siger; ”nåh har du ikke tabt dig mere”. Det ville det have været ved kuren, men ikke her [på livsstilskurset]. Her hører man bare nogen, der siger, ”ja jeg har svært ved det der med bilen, men nu er den der”. Så tænker man, nå ja for fanden – det er det samme med mig, jeg har også svært ved det. Når han kunne det der med bilen jamen, så kan jeg også. Jeg prøver i hvert fald en gang til” (Interview med Bjarne).

Ved at lytte til de andre deltagers erfaringer og ved at sidestille deres forsøg med egne forsøg reevaluerer Bjarne sin forståelse af egne forsøg på at ændre rutiner, og han får samtidig et incitament til fortsat at prøve at ændre vaner, fordi det – når det er lykkedes for andre – også kan lykkes for ham. Fællesskabet spiller derfor også en regulerende og disciplinerende rolle på livsstilskurset og i deltagerens individuelle forsøg på livsstilsændringer. Det får på den baggrund også karakter af at være en selvteknologi, den enkelte deltager aktivt benytter til at styre sig selv

hen mod det individuelle mål om sundere vaner og altså til at agere moralsk (jf. Foucault 1982b i Rabinow og Rose 2003; Rose 2009).

Det interessante er i den forbindelse, at det ikke umiddelbart er underviseren, der orkestrerer disciplineringen og reguleringen i undervisningen, men snarere deltagerne selv, der i udvekslingen af holdninger og råd aktivt tager del i disciplineringen af sig selv og holdet. Bl.a. påpeger Hans flere gange, når nogle af de andre deltagere fastholder, at de ikke har tid til at lave og snitte grønstager, at det bare er et spørgsmål om at købe frosne grøntsager. Kurt understreger, at "slik er gift", og Benny angiver, at man jo bare kan lave grøntsager til sig selv, hvis familien ikke vil have det. Tilsvarende er det også deltagerne selv, der påpeger, at de har "syndet", når de har spist noget usundt, eller at det i den forgangne tid ikke er gået godt, fordi de ikke har tabt sig, eller fordi de har haft svært ved at fastholde den seneste valgte rutineændring. Det er således ikke underviseren men deltagerne selv, der fungerer som de moralske vogtere – både over for dem selv og over for de andre deltagere på livsstilskurset.

Samtidigt er det tydeligt, at fællesskabet og tilstedeværelsen af det indirekte pres ikke ophører, så snart deltagerne forlader kursuslokalet. Som det bl.a. fremgår af Hans' kommentar om, "at man ikke kan springe fra, men må byde ind med noget" og Bjarnes incitament til at genoptage forsøgene med at ændre rutiner, influerer fællesskabet også på den enkelte deltagers hverdagspraksis uden for livsstilskurset. Selv om det er et flygtigt fællesskab – i den polske sociolog Zygmunt Baumanns optik et 'æstetisk fællesskab' (Bauman 2002), dvs. et overfladisk, kortvarigt og pligtbetonet fællesskab, karakteriseret af "bånd uden konsekvenser" (ibid. s. 73-74)¹⁰⁹ – er det altså stadig et fællesskab, som, i hvert fald i den periode hvor kurset er i gang, virker regulerende på deltagerne og dermed også får betydning i deltagernes hverdagspraksis (og evt. berettigelse) som en 'governing at a distance' (Rose 2009)¹¹⁰. Dvs. at der sker en (positiv) regulering af praksis på afstand.

¹⁰⁹ Bauman skelner mellem det etiske og det æstetiske fællesskab. Det etiske fællesskab er karakteriseret af etiske forpligtelser og langsigtede engagementer (Bauman 2002, s. 74). Det æstetiske fællesskab derimod "eksisterer kun så længe det planlagte ugentlige ritual står på" og fungerer primært som "et knagefællesskab, hvor individer midlertidigt kan hænge deres individuelt oplevede og individuelt håndterede bekymringer og gøremål på – for snart at tage dem ned igen og hænge dem et andet sted. [...] Æstetiske fællesskaber skal opleves på stedet – og ikke tages med hjem og konsumeres i den daglige trummerum" (ibid. 73-74). I modsætning til Bauman får fællesskabet på livsstilskurset, som vist, også en betydning for deltagerne i situationer uden for livsstilskurset.

¹¹⁰ Rose anvender denne term til at beskrive, hvorledes regulering (af selvet, institutioner, politikker) sker 'på afstand' gennem direktiver, budgetter, standarder og selvhjælpsgrupper mv., der angiver rammer og normer for praksis (Rose 2009).

Omvendt kan det dog til tider også være svært at navigere i det indirekte pres, der foreligger på kurset. Fx når man pga. de kroniske rygsmerter ikke kan deltage i diskussionerne om en fælles mountainbiketour, eller når man ikke kan tale med om den opbakning, man bliver mødt med af familien. Og når man pga. dårlige lunger under en undervisningssession ikke kan gå den planlagte tur i samme tempo som de andre deltagere til trods for, at man tidligere har løbet og spillet fodbold (Noter fra feltobservationer). Ved at være med andre 'i samme båd' bliver man som deltager bekræftet i de fælles problemstillinger med at ændre vaner, men man bliver også løbende mindet om forskellene i de enkeltes råderum og muligheder, og hvad man kan – og nogen gange burde gøre – for at være som de andre på holdet. Gennem praksisfællesskabet på livsstilskurset får deltagerne således både indsigt i og erfaringer med alt det, der virker til forandring af vaner, men de bliver også påmindet om alt det, der ikke virker for den enkelte – både i foreningen med og i adskillelsen fra de andre i 'samme båd'.

Delkonklusion

Jeg indledte kapitlet med at spørge, hvilken betydning fællesskabet på livsstilskurset får for den enkelte deltagers individuelle livsstilsforandringer. Formålet var at diskutere spændingsfeltet mellem fællesskabet og de kropsligt rutinerede praksisser, der i udgangspunktet var svære at ændre for deltagerne, og som i praksisfællesskabet på livsstilskurset blev gjort til genstand for et fælles projekt om at etablere sundere vaner.

Som det fremgik af analysen danner praksisfællesskabet baggrund for en løbende udveksling af gode råd, erfaringer, bekymringer og sejre deltagerne imellem – erfaringer og råd, som udveksles i fællesskab, men som deltagerne tager til sig og afprøver individuelt. Den enkeltes viden om og erfaringer med forandring af de rutinerede praksisser konstitueres og konkretiseres derfor i fællesskabet, ligesom fællesskabet også er med til at fastholde den enkelte deltagers egen proces med at forandre livsstil, selv om det til tider er svært, når andre af hverdagens rutiner og relationer også skal prioriteres eller stiller sig distraherende i vejen. Som jeg har vist, bliver praksisfællesskabet dermed et betydningsfuldt element i deltagernes videns- og fastholdelsesproces.

Pointen i kapitlet er, at det i høj grad også er praksisfællesskabet på livsstilskurset, der medierer mellem idealet om en sundere livsstil og de socialt konstituerede og kropsligt indlejrede rutiner.

Det gør det, fordi den enkelte deltagers erfaringer med forandringen af rutinerne konkretiseres og gøres betydningsfulde i fællesskabet, og fordi det er ved at træde i relation til de andre deltagere, at deltagerne forholder sig til sig selv og egen proces og bliver opmærksom på mulighederne (og til tider begrænsningerne) for egne forsøg på vaneændringer. Via fællesskabet og den stemningsfulde socialitet sprogliggøres deltagernes habitus og værdier, og det muliggør konstitueringen af en ny fælles norm om det gode (sunde) liv. Hermed problematiserer jeg forståelsen af individet som et autonomt og rationelt selv, der på baggrund af viden, færdigheder og en reflektiv praksis faciliterer egen dannelsesproces. I stedet argumenterer jeg for en forståelse af subjektivering som socialt og moralsk konstitueret, hvilket i nærværende kapitel kommer til udtryk i og omkring et fælles projekt og en fælles forståelse på et livsstilskursus. Hensigten har været at vise og diskutere, hvordan individuelle livsstilsforandringer også er en social og moralsk proces, der er baseret på selvets deltagelse i sociale fællesskaber og på intersubjektive moralske forhandlinger om det gode liv. Sammenfattende viser analyserne af deltagernes praktiseringer af livsstilsforandringer således, at subjektiveringen som mand-med-en-sund-livsstil på livsstilskurset er en materiel, kropslig, social og moralsk proces og praksis, der indvirker på og er influeret af individuelle såvel som kollektive intentioner, værdier og (for)handling.

9 Konklusion: Livsstil og livsstilsforandringer i et antropologisk perspektiv

I denne afhandling har jeg analyseret og diskuteret en gruppe overvægtige mænds kamp med og mod deres kropslige dispositioner i forsøgene på at ændre livsstil og skabe sig selv som sunde(re) mænd. Mændene var deltagere på et kommunalt organiseret livsstilskursus, der havde til formål at hjælpe deltagere til en sundere livsstil, bl.a. gennem formidling af sundhedsvidenskabelig viden samt en række råd og metoder til brug i forandringsprocesserne.

Udgangspunktet for afhandlingen var spændingsfeltet mellem kropslige indlejrede dispositioner og ønsket om en sundere levemåde. Jeg har problematiseret forståelsen af livsstilsforandringer som primært et resultat af en individuel refleksiv praksis og udfordret antagelsen om, at kropslige rutiner er svære at ændre, fordi de er indlejret i ureflekterede hverdagspraksisser og derfor selvfølgelige.

Dette har jeg gjort ved etnografisk at følge deltagerne i deres forsøg på at ændre deres rutinerede praksisser og ved at sætte fokus på deres refleksioner og erfaringer samt de mikro-praksisser, som blev aktiveret og tillagt en betydning i individuelle og kollektive forandringsprocesser.

Fra starten af mit projekt har jeg således fokuseret på at undersøge livsstil og livsstilsforandringer ud fra deltagernes perspektiver. Som vist er livsstil et flertydigt fænomen, og det er denne flertydighed, som jeg har ønsket at kvalificere ved at undersøge, hvordan 'livsstil' praktiseres i en hverdagssammenhæng blandt borgere på et sundhedsfremme tiltag.

Livsstil som en reflekteret og kropslig forhandlingsproces

På baggrund af mit feltarbejde på livsstilskurset og ovenstående målsætning har jeg udviklet et praksisnært, etnografisk perspektiv på livsstil, der adresserer livsstil som stabile, kollektive og rutinerede kropslige praksisser, der samtidig er refleksive og potentielt foranderlige; og en praksis med grundlag i drømme, håb, moralske forpligtelser og kreative forhandlinger mellem erfarede muligheder og begrænsninger i hverdagen.

Denne livsstilsforståelse er ny i livsstilsforskningen, fordi den forener de ureflekterede og de reflekterede praksisser i et samlende kulturelt begreb om livsstil, og fordi det samtidigt åbner for en forståelse af livsstil som en forhandlende, kreativ praksis. Det er en livsstilsforståelse, som

umiddelbart står i opposition til den epidemiologiske livsstilsforståelse, der ligger til grund for den kommunale sundhedsfremme og adresserer livsstil som primært individuelle risikable vaner, der er potentielt foranderlige på baggrund af en forholdsvis kausal relation mellem viden, refleksion og en sundere livsstil (jf. bl.a. Kannel m.fl. 1983; Krieger 1994; McKinlay og Marceau 2000; Kjølner m.fl. 2007; Juel m.fl. 2007; Forebyggelseskommissionen 2009; Van der Broeck og Brestoff 2013; for lign. argument se også Coreil m.fl. 1985; Frohlic m.fl. 2001; Jansen 2010; Cohn 2014), fordi den åbner for en forståelse af livsstil som en forhandlende, kreativ praksis. Samtidig er det en livsstilsforståelse, der nuancerer kulturanalytiske studier af folks livsstile som primært stabile, rutinerede og derfor ureflekterede rutiner (se bl.a. Bourdieu 1984; William 1995; Stebbins 1997; Dahl 1997; Kuehn 1999), netop fordi den peger på livsstil og livsstilsforandringer som et resultat af reflekterede såvel som automatiserede kropslige forhandlingsprocesser.

Med min praksisnære livsstilsforståelse har jeg nuanceret tidligere studier af livsstilsforandringer, der ofte har fokuseret på dilemmaerne i forandringsprojekterne og/eller på en manglende fastholdelse af nye sundere praksisser (jf. bl.a. Grøn 2004; Lang og Froehlicher 2006; Townsend m.fl. 2006; Christiansen m.fl. 2007; Jansen 2010; Martin og Nielsen 2012). Dette har jeg gjort ved at diskutere kreativiteten og forhandlingerne i forandringsprocessen med fokus på de metoder og relationer, som anvendes i forandringer af rutinerede praksisser. Jeg har vist, hvordan og hvorfor livsstilskurset blev en begivenhed i deltagernes individuelle forandringsprojekter, fordi det bidrager til viden om, hvordan konstitueringen af en ny (sundere) levemåde og en dertil koblet identitet helt konkret materialiserer sig, og hvordan dette i høj grad er en kulturel subjektiveringsproces.

Med udviklingen af en praksisnær og rumlig livsstilsforståelse, der tager højde for flertydigheden og for samspillet mellem en reflekteret og kropslig praksis i forståelsen af livsstil, bidrager denne afhandling til livsstilsforskningen med en forståelse af livsstil som en situeret, relationel og kreativ hverdagspraksis.

Centrale analytiske pointer i afhandlingen

Tilsammen viser analyserne, hvordan livsstilsforandringer er en refleksiv, kropslig og social subjektiveringsproces, baseret på kreative og moralske forhandlinger. Den gennemgående pointe i

afhandlingen er, at livsstilsforandringer konstitueres materielt, kropsligt, socialt og moralsk gennem kreative forhandlinger mellem de muligheder og begrænsninger, som hverdagens rammer og forpligtelser sætter for individuelle forsøg på at ændre kropslige rutiner.

Sundhedsfremme og den refleksive, selvstyrende og fremtidsorienterede borger

Som det fremgår af afhandlingen, har de sundhedspolitiske indsatser overfor (overvægtige) borgere de seneste årtier ændret fokus til - i stigende grad - at fokusere på borgernes egenomsorg (Regeringen 2002; Sundhedsstyrelsen 2005c; Vallgård 2005; Willemann og Hanak 2006; jf. også Jallinoja m.fl. 2008, 2010; Jansen 2010; Jørgensen 2014; Ong 2014). Her handler det grundlæggende om at motivere og aktivere borgerne til selv at tage ansvar og handle på sig selv. Det er en målsætning, som konkret kommer til udtryk i ofte individrettede, kommunale sundhedsfremmetiltag, hvor borgerne skal lære at gøre deres kropslige rutiner til genstand for opmærksomhed og intervention (NIRAS og Sundhedsstyrelsen 2011a; Ljungdahl og Møller 2011; Nielsen 2012; Grøn m.fl. 2012; Billund Kommune 2012; Tårnby Kommune 2013, Middelfart kommune 2014). Målet er at skabe refleksive, selvstyrende og fremtidsorienterede borgere, der aktivt handler på og med deres kroppe, og som gør denne handling i form af en sund livsstil til instrument i forsøget på at få et godt og langt liv. Således er det i folkesundhedsarbejdet ikke kun borgernes kropslige rutiner og biologiske liv, som adresseres sundhedspolitisk men også borgernes subjektivitet og deres tilfredshed med egen krop og med livet i det hele taget (Schøler og Otto 2011).

I denne proces bliver den sundhedsprofessionelle en slags coach eller vejleder, der skal stå til rådighed for at vejlede borgerne om ændringer af kropslige rutiner, og samtidig skal tilbyde borgerne viden og metoder til brug i arbejdet med at kontrollere og disciplinere kroppen og de usunde og ofte ureflekterede rutiner. Borgeren forventes omvendt frivilligt at påtage sig ansvaret for egen sundhed og for aktivt at forsøge at (gen)danne sig selv i en ny og sundere version. Dette søges fremmet ikke kun, fordi det ud fra et samfundsmæssigt perspektiv er økonomisk gavnligt, men også fordi det moralsk anses som det rigtige at gøre som en ansvarsfuld og autonom borger i en velfærdsstat, hvor den sunde livsstil uimodsagt sidestilles med et godt liv (Regeringen 2002, 2014; Forebyggelseskommissionen 2009; Vallensbæk Kommune 2010, jf. også Lupton 1995; Vallgård 2005; Greco 2009; Mik-Meyer 2014).

Refleksivitet og kropslighed

I en hverdagssammenhæng handler den gode livsstil dog ikke kun om, hvad der er sundt men også om, hvad der er muligt i forhold til bl.a. råderum, fysik og forpligtelser og i forhold til andre centrale værdier, som fx ønsket om en balanceret levemåde med plads til kage, vin og chips i begrænsede mængder. Som vist indvirker værdierne og de erfarede muligheder og begrænsninger på forsøgene med at ændre rutiner. Dette medfører to centrale forhold for individuelle livsstilsforandringsprocesser:

For det første, at processen hen mod en sundere levemåde aldrig er lineær eller uproblematisk, idet den enkelte kontinuerligt navigerer i dette komplekse rum bestående også af andre centrale relationer, værdier og forpligtelser. Som det er fremgået af min undersøgelse, er det svært at fastholde opmærksomheden på de sundere praksisser, når smerter eller sygdom, kræsne børn, arbejdsløshed eller en travl hverdag indvirker på processen.

For det andet betyder det, at de sundhedspolitiske og kulturelle forståelser af livsstil og 'det gode liv' konstant afprøves, brydes, forhandles og/eller sammenvæves. For deltagerne er en balanceret levemåde samt social samhørighed med familie og venner vigtigere end en ernæringsoptimal og fysisk aktiv livsstil. Selv om målet er en balanceret levemåde, og man, som deltageren Johnny udtrykker det, "ikke skal forsage djævelen" trods ønsket om at ændre usunde rutiner, opleves det dog ikke som modsætningsfyldt også at handle inden for de sundhedsfremmende rationaler. Som vist anvender deltagerne med stor begejstring de tilbudte artefakter og kropsteknikker i deres forsøg på at få kontrol med deres rutinerede praksisser, ligesom de anerkender og påkalder sig centrale normer som ansvar, autonomi og en reflekteret praksis i processen. Sidstnævnte normer er ifølge deltagerne helt centrale for, at de kan ændre på deres usunde dagligdagsrutiner.

Reguleringen af borgerne i folkesundhedsarbejdet sker med andre ord ikke kun i relation til en institutionel kommunal praksis men finder sted i en proces, hvor borgerne refleksivt og kropsligt afprøver de nye idealer og metoder og frivilligt tilegner sig nye sundere rutiner og en dertil forbundet identitet. Objektiveringen af kroppe og rutinerede praksisser i sundhedsfremme og hverdagspraksisser er med andre ord ikke uforenelig med opretholdelsen af egen subjektivitet, og det er som vist netop i en konstant dialektik mellem de refleksive og kropslige praksisser, at livsstilsforandringer gøres, og nye refleksive subjekter skabes.

Artefakter og rutiner

Som det fremgår af analyserne, er livsstilsforandringer og subjektiveringsprocesser ikke kun et resultat af en reflekteret og selvstyrende kontrol med og af kroppe og kropslige rutiner, men er i udpræget grad også både influeret og på forskellig vis afhængig af såvel materielle som kropslige og sociale praksisser og teknikker.

For det første bliver de udleverede artefakter og råd på livsstilskurset betydningsfulde i deltageres individuelle subjektiveringsprocesser, ikke kun fordi de er anvendelige i en refleksiv dannelsesproces, som er hensigten i de sundhedsfremmende tiltag, men også fordi de fungerer som medierende mellemlid mellem idealet om en sundere livsstil og individuelle erfaringer og råderum: De *gør* det sunde valg, også før de nødvendigvis er reflekterede valg. Dermed reduceres kompleksiteten i livsstilsforandringsprojekter, og det erfarer som lettere at handle på den rigtige måde. Det er i erfaringerne og omgangen med artefakterne, at nye sundere rutiner i første omgang indlejres kropsligt og refleksivt.

Til trods for at en reflekteret praksis i folkesundhedsarbejdet antages at være et af de væsentligste instrumenter til individuelle livsstilsforandringer, peger mine analyser på, at det både er artefakterne og en reflekteret opmærksomhed, som efterhånden skaber en sundere levemåde. Bl.a. fordi artefakterne som nævnt gør det let at praktisere de sunde valg, men også fordi kravet om en reflekteret sundhedspraksis er svært at forene med en hverdag, der også består af andre prioriteringer, valg og relationer. Eksemplet med deltageren Benny, der lider af dårlig ryg, viser at daglige, kroniske rygsmerter ofte overskygger mulighederne for at udvise en altid reflekteret praksis i forhold til kostindtag. Bennys mål er derfor at gøre den sunde livsstil til en rutine, som han netop ikke behøver at reflektere over, men som han 'bare' praktiserer, også i de situationer, hvor smerterne tager over. Blandt mange af de andre deltagere er målet også at få sundheden til at "ligge på rygraden", så refleksion ikke er påkrævet, og det er netop i denne proces, at artefakterne også viser sig betydningsfulde. De gør det muligt at agere i det kaos, som en forandringsproces umiddelbart indebærer.

Objektivering og subjektivering

For det andet er kroppe betydningsfulde i individuelle forandringsprocesser. Det skyldes, at det er kropslige erfaringer med en erfaret krop, der ellers tidligere blev erindret som fraværende og

uproblematisk, der fremkalder et refleksivt ønske om at ændre rutiner. Men det er også fordi, livsstilsforandringer artikuleres og konstitueres i konstante forhandlinger mellem objektivitet og subjektivitet. Som vist, skal deltagerne på livsstilskurset lære at sanse og fornemme kroppen som en metode til at kontrollere deres madindtag. For flere af deltagerne er det bl.a. 'fornuften', der gør dem i stand til at kontrollere deres kropslige lyster, samtidig med at det er fornemmelserne for kroppen og sansningen af ændringerne, der dels hjælper dem til at indføre nye sundere praksisser i hverdagen, dels gør dem opmærksomme på, at deres ændringer af usunde rutiner har en virkning på kroppen. På livsstilskurset skal deltagere blive til sundere subjekter, som kan mærke og fornemme kroppen, men det er en tilblivelsesproces, der netop kræver en kropslig intervention og refleksion. Subjektivering som mand-med-en-sund-livsstil realiseres således også gennem en objektivering af kroppe og indlejrede rutiner, og det er en objektivering, der forudsætter artefakter såvel som kroppe.

Socialitet, motivation og mening

Selv om livsstilsforandringer adresseres som primært et individuelt anliggende, har jeg fra forskellige vinkler desuden belyst og betonet, hvordan livsstilsforandringer i høj grad også er socialt distribueret og socialt konstitueret. Som det fremgår, er ønsket om at leve sundere i høj grad motiveret af et håb om fortsat at være en aktiv del af børn og børnebørns liv i mange år fremover, ligesom det er i relationen til kollegaer, familiemedlemmer, venner og bekendte, at en øget opmærksomhed på egen og andres fysiske formåen, praksisser og sygdomsbilleder artikuleres.

Tilsvarende spiller også fællesskabet i gruppen en stor rolle i konstitueringen af en sundere livsstil. Som supplement til de mange andre fællesskaber, deltagerne indgår i, er deltagerne på livsstilskurset sammen uden moralsk fordømmelse af hinanden. Her kan de dels udveksle råd og erfaringer, dels tage udgangspunkt i en række fælles normer og værdier, der udveksles med hinanden men afprøves individuelt. Samtidigt er fællesskabet med til at understøtte den enkelte deltagers proces med at forandre livsstil, idet det er gennem anerkendelsen og genkendelsen af egne problemstillinger i fællesskabet, at deltagerne får et incitament til fortsat at arbejde med ændringer i deres usunde rutiner.

Ligesom artefakterne er fællesskabet derfor også med til at mediere imellem idealet om en sundere livsstil og de socialt konstituerede og kropsligt indlejrede rutiner. Det skyldes, at den enkelte deltagers erfaringer med forandringen af rutinerne konkretiseres og gøres betydningsfulde i fællesskabet. Tilsvarende er det også i relationen til de andre deltagere, at deltagerne bliver opmærksomme på mulighederne og til tider begrænsningerne i egne forsøg på vaneændringer. Det er her, de finder forståelse for den proces, de hver især (og gruppen samlet set) gennemgår. Det er med andre ord i fællesskaber, at det moralske selv artikuleres og skabes, og normer om ansvar og autonomi forenes med værdier om balance og samvær.

Sammenfatning af analysernes pointer

Sammenfattet viser mine analyser i afhandlingen, hvordan artefakter, kropsteknikker og relationer bliver en del af deltagernes kropslige væren, og metoder de reflekteret såvel som ureflekteret praktiserer for velværen, familien og sundhedens skyld. Hermed peger analyserne på, at subjektiveringsprocesser som mænd-med-en-sund-livsstil ikke blot er et resultat af et refleksivt ønske eller en institutionel regulering, men også konstitueres i en forhandlende, kreativ og processuel kropslig tilegnelse af – og erfaring med – nye idealer, artefakter og andre mennesker samt i relation til håb, drømme og erfarede muligheder og begrænsninger i hverdagen. På den baggrund giver afhandlingen et indblik i de kropslige formningsprocesser, hvori kultur og biologi sammenvæves, således at kroppe og livsstilsforandringer på en gang er kulturelt produceret og personligt erfaret.

Samlet set er resultatet af det analytiske bidrag, at det kvalificerer fænomenet om livsstil og giver et nuanceret indblik i, hvordan processen med at forandre rutinerede praksisser folder sig ud som en situeret, relationel, kreativ og kulturel proces og praksis. Dette sker gennem tre analytiske foci:

For det første ved at vise, hvordan praktiseringer af kropslige forandringer er afhængige af kulturelle artefakter, kropslige ritualer og fællesskaber, der på hver deres måde bidrager til at gøre den sundere levemåde til en hverdagsrutine.

For det andet ved at vise, hvordan de kulturelle forståelser og erfaringer med livsstil og livsstilsforandringer med grundlag i drømme, håb, moralske forpligtelser og erfarede muligheder og begrænsninger i hverdagen også brydes, forhandles og sammenvæves.

For det tredje ved at vise, hvordan denne tilblivelsesproces – selv om den i udgangspunktet antages at være en individuel proces i den kommunale sundhedsfremme – også er en socialt distribueret og socialt konstitueret proces. Det er i relationen til andre, at deltagerne på livsstilskurset forstår sig selv og omverdenen, ligesom det er i relation til andre, at de får incitamentet og metoderne til at skabe sig selv som sundere subjekter. Det er – som afhandlingen er et eksempel på – ved at veksle mellem at være subjekt og objekt for andre og sig selv, at subjektiveringen som mand-med-en-sund-livsstil konkretiseres og realiseres.

Perspektivering

Resultaterne i afhandlingen har potentiale til at kunne bruges fremadrettet i den kommunale sundhedsfremme, idet de giver en brugbar viden om, hvilke metoder og tilgange til ændringer i rutinerede praksisser, der tilsyneladende virker for en gruppe overvægtige mænd og hvorfor.

Først og fremmest viser de, hvordan sundhedsprofessionelle kan hjælpe til at gøre det nemmere for borgerne at tage de sunde valg i en travl og omskiftelig hverdag. Dels med formidlingen af artefakter og råd, som i en hverdagssammenhæng kan integreres og anvendes uden en egentlig refleksiv stillingtagen til hvorfor. Dels med tilbud om og indføring i forskellige kropsteknikker, som ikke tæller de traditionelle løsninger som motion og slankekur, men hjælper borgerne til en øget opmærksomhed på kropslige erfaringer og sansende fornemmelser som metoder til kontrol med og af rutinerede praksisser. Dette praktiseres – som livsstilskurset er et eksempel på – i nogen grad allerede i den borgerrettede sundhedsfremme med formidlingen af specifikke råd og metoder (indkøbsguider, nøglehulsmærker og portionsanretninger mv.) og kropsteknikker (mindfulness, smagsprøver, madlavning) til borgere, der forsøger at ændre rutiner. Og det er, som vist, metoder, som har en positiv indvirkning både på realiseringen af en sundere levemåde og på erfaringerne med at praktisere livsstilsændringerne. De kan derfor med fordel integreres i flere andre borgerrettede sundhedsfremmetiltag i henhold til de specifikke normer og mål, der findes i den kommunale sundhedspolitiske kontekst.

Tilsvarende viser analyserne betydningen af fællesskaber for individuelle forsøg på at ændre rutinerede praksisser. De understreger, at sociale fællesskaber er effektive i forbindelse med tiltag rettet imod mænd i forhold til at skabe motivation, engagement og mening.

Betydningen af fællesskaber for mænds sundhed er en pointe, som i de senere år er blevet håndhævet også af andre forskere og sundhedsprofessionelle i forbindelse med sundhedstiltag adresseret mænd (se bl.a. Robertson m.fl. 2008; Sundhedsstyrelsen og COWI 2011; Franck 2012; Jansbøl og Rahbek 2013). I de gruppebaserede sundhedstiltag, som i de senere årtier er blevet udviklet i forbindelse med det øgede fokus på patienter og borgeres egenomsorg (både mænd og kvinder), lægges der på samme måde vægt på at skabe rum, hvori det sociale kan understøtte den enkeltes forandring (Bülow og Hyden 2003; Grøn m.fl. 2004, 2012). Som vist bakker mine analyser op om disse pointer, men de tilføjer og nuancerer også den eksisterende viden om mænd og fællesskaber ved at vise, at det sociale ikke bare understøtter, men i udpræget grad også ofte er forudsætningen for – og årsagen til – at ændringerne i de rutinerede praksisser realiseres og kan forankres i en hverdagssammenhæng. Som det fremgår, er motivation til, viden om og forankringen af sundere rutiner socialt konstitueret, ligesom det er i sociale fællesskaber, at viden, erfaring og mening skabes.

I henhold til det fremadrettede folkesundhedsarbejde betyder dette, at sundhedsprofessionelle – i udviklingen af sundhedsfremme tiltag – i højere grad skal tænke fællesskaber ind; både de fællesskaber som etableres i forbindelse med holdbaserede tilbud, men også andre sociale fællesskaber i hverdagen, hvoraf især familien viser sig central. Som det fremgår af analyserne, får familieopbakningen en ganske central betydning for forandringen og fastholdelsen af de nye sundere praksisser blandt deltagerne. De deltagere der mødte opbakning havde i udpræget grad mere succes med deres rutineændringer, end de deltagere, som ikke mødte opbakning, eller hvor familien også havde svært ved at omlægge sine rutiner og/eller fastholdte de tidligere kostmønstre. En måde at imødekomme dette i folkesundhedsarbejdet ville være at invitere familien med til et par mødegange og/eller ved at fokusere på, at få den enkelte deltager til at tænke sin familie med i egne rutineændringer. Dette blev også foreslået af deltagerne på livsstilskurset, der gerne havde set, at familien var blevet introduceret til livsstilskurset og den anvendte tilgang til vaneændringerne som en måde at sikre opbakning, men også som en metode til at sikre forankring og videreførelse af de sundere rutiner i familiære sammenhænge og praksisser.

I forbindelse med mænd og fællesskaber er det desuden centralt at stille sig spørgsmålet, om fællesskabet på livsstilskurset får en betydning for den enkelte deltagers individuelle

livsstilsændringer, fordi det er 'kun for mænd', eller om det samme ville gøre sig gældende for en gruppe af kvinder eller et fællesskab bestående af begge køn? Spørger man underviseren på livsstilskurset, har det en betydning, at holdet kun er for mænd, fordi der ifølge hende er kønsforskelle i forhold til, hvordan man taler om vægt, og hvordan man påvirker hinanden i en gruppe (Interview med underviser). At livsstilskurset blev for mænd (frem for kvinder) skyldes som nævnt, at de mandlige borgere i kommunen var svære at få til at deltage i sundhedsfremmende tiltag, hvormed et rent mandehold blev en potentiel løsning til at få kontakt til flere af de mænd, som i en sundhedsfremmende optik havde behov for at tabe sig og leve sundere (Interview med underviser). Denne forståelse bakkes også op af flere undersøgelser af mænd og sundhedsinterventioner, der påviser fordele i adresseringen af den enkelte mand i et forum af andre mænd, bl.a. fordi det at deltage i fællesskaber, ifølge undersøgelserne, har en central betydning for mange mænd (Sundhedsstyrelsen og Cowi 2011; www.sundmand.dk).

Spørger man deltagerne på holdet, er der delte meninger. Nogle angiver, at det ikke umiddelbart har haft en betydning for deres proces, at holdet kun er for mænd. Her er det primært socialiteten frem for kønnet, der har en betydning. Størstedelen af deltagerne angiver dog, at de i en eller anden grad er blevet interesseret i livsstilskurset, netop fordi det var 'kun for mænd', og fordi de dermed lettere kunne identificere sig med de andre deltagere. Det er dog en identificering, der som vist, også er forudsat, at deltagerne foruden køn, kan forenes i humoren samt i en fælles problemstilling, et fælles projekt og en fælles tilgang til det gode liv som et balanceret liv. Svaret på spørgsmålet er således ikke så lige til, og giver på den baggrund anledning til en yderligere uddybning af socialitetens (og køns) betydning for individuelle forandringsprocesser. Dette kunne være et interessant perspektiv for videre forskning i emnet.

Afrunding

I denne afhandling har jeg taget et bestemt blik på praktiseringer af livsstilsforandringer, idet jeg har fokuseret på de (betydningsfulde) ting og relationer, som konkret anvendes i forandringsprocessen. Det er et blik, som er formet af mine forskningsinteresser samt mit feltarbejde på livsstilskurset og de retninger, som deltagernes refleksioner og praksisser har trukket mig i. Mit valg om at fokusere på de betydningsfulde ting og relationer betyder dog ikke, at jeg, som jeg også viser flere gange i afhandlingen, forstår forandringsprocessen som en lineær

tilblivelsesproces, eller at jeg ikke er opmærksom på, at det at forandre rutinerede praksisser ofte er en kaotisk og krævende proces, der ikke altid ender med det resultat, som var håbet. Selv om deltagerne udtrykker begejstring for livsstilskurset, har det for mange af dem også været svært at realisere ønsket om en sundere levemåde, når familiære omstændigheder, sygdom eller arbejdsløshed har stillet sig distraherende i vejen.

Den amerikanske filosof John Dewey argumenterer for, at hverdagen som udgangspunkt altid er foranderlig og omskiftelig; præget af kaos, usikkerhed og småkriser (jf. bl.a. Dewey 1922, 1925, 1929), og det er denne tilgang til hverdagen som grundlæggende usikker og foranderlig, der har været udgangspunktet for min undersøgelse i denne afhandling. Med afhandlingen har jeg således også ønsket at tage et skridt videre og vise, hvordan en gruppe af mennesker til trods for usikkerheden og foranderligheden, alligevel holder fast i håbet om at ændre rutiner, og hvordan dette helt konkret materialiserer sig.

At det valgte perspektiv har været muligt skyldes dog også, at mine primære informanter, deltagerne på livsstilskurset, både har haft en interesse i og samtidig ressourcerne (i form af familie, arbejde, tid og økonomi) til at ændre på deres rutiner, og som tilsvarende har taget imod og anvendt de tilbudte metoder og råd. Det betyder dog også, at det valgte perspektiv kunne have været anderledes, såfremt mine primære informanter havde udvist en anden praksis eller på anden vis har haft andre og mere presserende udfordringer. Samtidig har jeg i afhandlingen fokuseret på at vise mønstre og sammenhænge i de individuelle kropslige forandringsprocesser. Dette betyder ikke, at deltagerne udgør en homogen gruppe med samme delmål, idealer og erfaringer, eller at alle deres erfaringer er lige godt afspejlet i denne afhandling, men er et udtryk for, at selv om der har været forskelle imellem deltagerne, har disse forskelle ikke haft væsentlig betydning for de valgte perspektiver og diskussioner i afhandlingen. Hensigten har således ikke været at beskrive hver enkelt deltagers proces med at forandre livsstil, men at vise samspillet mellem individuelle og kollektive erfaringer, normer og værdier i de kropslige forandringsprocesser. Derved har afhandling givet nye indsigter og åbnet for nye muligheder for studier i og af (hverdags)praktiseringer af livsstil og livsstilsforandringer.

Litteratur

- Abel, Thomas 1991: "Measuring Health Lifestyles in a Comparative Analysis: Theoretical Issues and Empirical Findings". I: Social Science & Medicine, årg. 32, nr. 8, side 899-908
- Abel, Thomas og Katherine L. Frohlic 2012: "Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities". I: Social Science and Medicine, årg. 74, nr. 2, side 236-244
- Abu-Lughod, Lila 1986: Veiled Sentiments: Honor and Poetry in a Bedouin Society. University of California Press
- Akrich, Madeline 1992: "The de-scription of technological objects". I Bijker og Law (red.): Shaping technology/building society. Cambridge, side 205-224
- Amit, Vered 2000: "Introduction: constructing the Field". I Amit (red): Constructing the Field: Ethnographic Fieldwork in Contemporary World. Routledge, side 1-19
- Ansbacher, Heinz L. 1967: "Life style: A Histroical and Systematic Review". I: Journal of Individual Psychology, årg. 23, nr. 2, side 191-212
- Appadurai, Arjun 1988: The social life of things: Commodities in Cultural Perspective. Cambridge
- Askegaard, Søren 1993: "Livsstilsbegrebet: Problemer og muligheder". En oversigtsartikel over udviklingen af livsstilsbegrebet. I: Ledelse og Erhvervsøkonomi, Handelsvidenskabelige/Erhvervsøkonomisk Tidsskrift, Bind 57, side 91-100
- Astrup, Arne 2008: Bliv slank og vær mæt. www.foodoflife.dk/Artikler/Klumme/meninger
- Andersen, Maja Lundemark, Brok, Pernille og Henrik Mathiasen 2007: Empowerment på dansk. Dafolo Forlag
- Armstrong, David 2014: "Actors, Patients and agency: a recent history". I Cohn (red.): From health behaviours to health Practices. Critical Perspectives. Blackwell Publishing Ltd., side 7-18
- Backett, Kathryn C. og Charlie Davison 1995: "Lifecourse and lifestyle: The social and cultural location of health behaviours". I: Social Science & Medicine, årg. 40. nr. 5, side 629-638
- Bauman, Zygmunt 2002: Fællesskab. En søgen efter tryghed I en usikker verden. Hans Reitzels Forlag

- Bech-Jørgensen, Birthe 1994a: Når hver dag bliver til hverdag. Akademisk Forlag
- Bech-Jørgensen, Birthe 1994b: "Hverdagsliv: Upåagtede aktiviteter og kønsmæssige forskelle". I: Dansk sociologi, årg. 5, nr. 1, side 4-22
- Bech Risør, Mette 2002: Den Gyldne middelvej. Sundhedsfremme i hverdagen - en antropologisk analyse af gravide kvinders praktiske ræsonnement i relation til rygevaner. Aarhus Universitet
- Beck, Steen 2015: Veje til viden. Piagets og Vygotskys læringsteorier i historisk og teoretisk belysning. Frydenlund Academic
- Bell, David og Joanne Hollows 2005: "Making sense of ordinary lifestyle" I Bell, Bell og Hollows (red.): Ordinary Lifestyle - Popular Media, Consumption and Taste. Open University Press, side 1-21
- Bernard, Russell H. 1994: Research Methods in Anthropology. Sage Publications
- Bille, Mikkel og Tim Flohr Sørensen 2012: Materialitet: En indføring I kultur, identitet og teknologi. Samfundslitteratur
- Billund Kommune 2012: Små skridt til en lettere hverdag.
- Bjerger, Bagga og Bodil Selmer 2007: "Indledning – Med borgeren i centrum? Vilkår og muligheder for brugerinddragelse i forhold til udsatte grupper". I Bjerger og Selmer (red.): Det sociale arbejdes daglige praksis. Perspektiver på brugerinddragelse og retssikkerhed. Aarhus Universitetsforlag, side 7-15
- Blom, Astrid 2014: "Det kommunale sundhedsområde i et historisk perspektiv". I Pedersen og Rank Petersen (red.): Det kommunale sundhedsvæsen. Hans Reitzels Forlag, side 27-57
- Bourdieu, Pierre 1977: Outline of a theory of Practice, Cambridge University Press
- Bourdieu, Pierre 1984: Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste. Harvard University Press
- Bourdieu, Pierre 1990: "From Rules to Strategies". I Bourdieu: In other Words. London, Polity Press, pp. 59-75

Breslow, Lester 1977: "A policy assessment of preventive health practice". I: Preventive Medicine, årg. 6, nr. 2, side 242-251

Broadbent, Alex 2009: "Causation and models of disease in epidemiology". I: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, årg. 40, side 302–311

Bruun, Jette J., Hanak, Mette L. og Birgitte Gade Koefoed (red.) Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden 2004: Viden og evidens i forebyggelsen. Sundhedsstyrelsen

Bræmer, Marie Højlund 2011: "Det sure med det søde; diabetiske liv og moralske måltider i Vietnam". I: Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Sundhed, nr. 14, side 35-57

Brændgaard Mikkelsen, Per og Sundhedsstyrelsen 2009: Små skridt til et vægttab – der holder. Komiteen for Sundhedsoplysning

Buchanan, David R. 2000: An Ethic for Health Promotion: Rethinking the Sources of Human Well-being. Oxford University Press

Bunton, Robin, Nettleton, Sarah og Roger Burrows 1995: The Sociology of Health Promotion: Critical analysis of consumption, lifestyle and risk. Routledge

Busck, Steen og Henning Poulsen 2002: Danmarks historie i grundtræk. Aarhus Universitetsforlag

Buus, Niels, Plough Hansen, Helle, Huniche, Lotte, Hvidt, Niels Christian, Rostgård, Lisbeth og Helle Johannessen 2012: "Fleksibilitet i forskningsprocessen". I: Nordisk Sygeplejeforskning, nr. 2, vol. 2, side 156-164

Bülow, Pia H. og Lars-Christer Hyden 2003: "Patient school as a way of creating meaning in a contested illness: the case of CFS". I: Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, årg. 7, nr. 2, side 227-249

Carneiro, Ilona and Natasha Howard 2011: Introduction to Epidemiology (2nd Edition). McGraw-Hill Education, Side 5-16

Casazza, Krista, Fontaine, Kevin R. Astrup, Arne, Birch, Leann L., Brown, Andrew W., Bohan Brown, Michelle M., Durant, Nefertiti, Dutton, Gareth, Foster, E. Michael, Heymsfield, Steven B., McIver, Kerry, Mehta, Tapan, Menachemi, Nir, Newby, P.K., Pate, Russell, Rolls, Barbara J., Sen, Bisakha,

Smith Jr., Daniel L., Thomas, Diana M. og David B. Allison 2013: "Myths, Presumptions, and Facts about Obesity". I: The New English Journal of Medicine, årg. 368, nr. 5, side 446-454.

Cash, Keith og Alan White 2003: A report on the state of men's health across 17 European countries. The European Men's Health Forum, Leeds Metropolitan University

Chaney, David 1996: Lifestyle. Routledge

Chapman, Gwen 1991: "From 'dieting' to 'healthy eating': An Exploration of Shifting Constructions of Eating for Weight Control". I Sobal & Maurer (red.): Interpreting Weight. The Social Management of Fatness and Thinness, Aldine de Gruyter, side 73-89.

Childress, James F., Faden, Ruth R., Gaare, Ruth D., Gostin, Lawrence O., Kahn, Jeffrey, Boonie, Richard J., Kass, Nancy E., Mastroianni, Anna C., Moreno, Jonathan D. og Phillip Nieburg 2002: "Public Health Ethics: Mapping the Terrain". I: Journal of Law, Medicine & Ethics, årg. 30, side 170-178

Christiansen, Tore, Bruun, Jens M., Madsen, Erik L. og Bjørn Richelsen 2007: "Weight Loss Maintenance in Severely Obese Adults after an Intensive Lifestyle Intervention: 2- to 4-Year Follow-Up". I: OBESITY, årg 15, nr. 2, side 413-420

Christensen, Anne Illemann, Severin, Maria, Holmberg, Teresa, Eriksen, Louise, Toftager, Mette, Zachariassen, Anna, Ekholm, Ola, Tolstrup, Janne Schurmann, Grønbæk, Morten og Tine Curtis 2009: KRAM undersøgelsen i tal og billeder. Statens institut for folkesundhed, Syddansk Universitet, Ministeriet for forebyggelse og sundhed og Trygfonden

Christensen, Anne Illemann, Davidsen Michael, Ekholm, Ola, Hansen, Stig Eiberg, Holst, Maria og Knud Juel 2011: Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Christensen, Anne Illemann, Davidsen Michael, Ekholm, Ola og Knud Juel 2012: Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet

Christensen, Anne Illemann, Davidsen Michael, Ekholm, Ola, Hansen, Stig Eiberg, Pedersen, Pia Vivian og Knud Juel 2014: Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Clifford, James 1990: "Notes on (Field)notes". I Sanjek: Fieldnotes. The Making of Anthropology. Cornell University, side 47-71

Cockerham, C. William 2005: "Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure". I: Journal of Health and Social Behavior, årg. 46, side 51-67

Cohn, Simon 2000: "Risk, ambiguity and the loss of control: How people with a chronic illness experience complex biomedical causal models". I Caplan (red.): Risk Revisited. Pluto Press, side 204-225

Cohn, Simon 2014: "From health behaviours to health practices: an introduction". I Cohn (red.): From Health Behaviours to Health Practices: Critical Perspectives. Blackwell Publishing Ltd., side 1-6

Coreil, Jeannine, Levin, Jeffrey S. og Jaco, E. Gartly 1985: "Life style – an emergent concept in the sociomedical sciences". I: Culture, Medicine and Psychiatry, årg. 9, nr. 4, side 423-437

Courtenay, Will H. 2000: "Engendering Health: A Social Constructionist Examination of Men's Health Beliefs and Behaviors". I: Psychology of Men and Masculinity, årg. 1, nr. 1, side 4-15

COWI og Kommunernes Landsforening 2008: Godt i gang - en kvantitativ undersøgelse af den Kommunale forebyggelsesindsats i 2008. Kommunernes Landsforening

COWI og Sundhedsstyrelsen 2011: Mænds sundhed. Eksempler fra kommunerne. Inspirationshæfte. Rosendahls-Schultz Distribution

Crawford, Robert 1980: "Healthism and the Medicalization of Everyday life". I: International Journal of Health Services, årg. 10, nr. 3, side 365-388

Crossley 2001: The Social Body: Habit, identity and desire. Sage Publication

Crossley, Nick 2004: "The Circuit Trainer's Habitus: Reflexive Body Techniques and the Sociality of the Workout". I: Body and Society, årg. 10, nr. 1, side 37-69

- Crossley, Nick 2005: "Mapping Reflexive Body Techniques: On Body Modification and Maintenance". I: *Body & Society*, årg. 11, nr. 1, side 1-35
- Crossley, Nick 2006: *Reflexive embodiment in contemporary society: The Body in Late Modern Society*. Open University Press
- Crossley, Nick 2007: "Researching embodiment by way of "body techniques"". I: *The Sociological Review*, årg. 55, nr. S1, side 80-94
- Crossley, Nick 2013: "Habit and Habitus". I: *Body and Society*, årg. 19, nr. 2-3, side 136-161
- Csordas, Thomas J. 1990: "Embodiment as a Paradigm for Anthropology". I: *Ethos*, årg. 18, nr. 1, side 5-47
- Cussins, Charis 1996: "Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinic". I: *Social Studies of Science*, årg. 26, nr. 3, side 575-610
- Dahl, Henrik 1997: *Hvis din nabo var en bil. En bog om livsstil*. Akademisk Forlag
- Dahlager, Lisa 2009: "Livsstilssamtaler – at få mennesker til at leve rigtigt". I Glasdam (red.): *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. Dansk sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag, side 322-333
- Dahlager, Lisa 2011: "I forebyggelsens magt". I: *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, årg. 2, nr. 3, side 91-102
- Dahlgren, Göran og Margaret Whitehead 1991: *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Institute for future studies
- Dalum, Peter, Sonne, Torsten F. og Mette-Marie Davidsen 2000: *At tale om forandring. En bog om sundhedsadfærd og motiverende samtaleteknik*. Tobaksrådet
- Damsholt, Tine, Simonsen, Dorte G. og Camilla Mordhorst (red.) 2009: *Materialiseringer. Nye perspektiver på materialitet og kulturanalyse*. Aarhus Universitetsforlag
- Danholt, Peter 2012: "Factish relations: Affective bodies in diabetes treatment". I: *Health*, årg. 17, nr. 4, side 375-390
- Danmarks Statistik 1949: *Statistisk årbog 1949*. Bianco Lunos Bogtrykkeri, side 40

- Dant, Tim 1996: "Fetishism and the social value of objects". I: Sociological Review, årg. 44, nr. 3, side 495-516
- Davies, Charlotte Aull 1998: Reflexive Ethnography: A guide to researching selves and others. Routledge
- Davison, Charlie, Frankel, Stephen og George Davey Smith 1992: "The Limits of Lifestyle: Reassessing 'Fatalism' in the Popular Culture of Illness Prevention". I: Social Science and Medicine, årg. 34, nr. 6, side 675-85
- Det Nationale Forebyggelsesråd 2010: Det er tid til handling. Forebyggelse er en politisk vindersag. Rosendahls-Schultz Grafisk
- Dewey, John 1922: Human Nature and Conduct. Henry Holt and Company
- Dewey, John 1925: Experience and Nature. Open Court Publishing Company
- Dewey, John 1929: The Quest for Certainty. Milton, Balch & Company
- Ehn, Billy og Orvar Löfgren 2010: The secret world of doing nothing. University of California Press
- Ellen, Roy 1988: "Fetishism". I: Man, New Series, årg. 23, nr. 2, side 213-235
- EU 2011: The State of Men's Health, European Commission: Directorate-General for Health and Consumers
- Featherstone, Mike 1987: "Lifestyle and Consumer Culture". I: Theory, Culture and Society, årg. 4, nr. 1, side 55-70
- Featherstone, Mike 1991: Consumer Culture and Postmodernism. Sage Publications
- Forchammer, Hysse 2010: "Viden, der helbreder. Om patientskoler som politisk strategi i sundhedsfremme". I Thorgaard, Nissen og Juul Jensen (red.): Viden, virkning og virke – forslag til forståelser i sundhedspraksis. Roskilde Universitetsforlag, side 83-107
- Forebyggelseskommissionen 2009: Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats

Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden 2009: Sund livsstil – hvad skaber forandring? Udredningsopgave for Fødevareministeriet

Foucault [1971] 1997: *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. Vintage Books

Foucault, Michel 2004 [1984]: *Omsorgen for sig selv. Seksualitetens historie 3*. Det lille Forlag

Foucault, Michel [1976] 2002: *Viljen til viden: Seksualitetens historie 1*. Det lille Forlag

Foucault, Michel [1982a] 2003: "The Subject and Power". I Rabinow og Rose (red.): *The essential Foucault. Selections from Essential Works of Foucault, 1954-1984*, side 126-145

Foucault, Michel [1982b] 2003: "Technologies of the Self". I Rabinow og Rose (red.): *The essential Foucault. Selections from Essential Works of Foucault, 1954-1984*, side 147-170

Foucault, Michel [1984] 2004: *Brugen af nydelserne. Seksualitetens historie 2*. Det lille Forlag

Franck, Eline Boysen 2012: "Rigtige mænd vejer mere end 100 kg". En antropologisk analyse af maskulinitet, moralitet og humor på et sydfynsk hjerte-rehabiliteringshold. Kandidatspeciale. Institut for Kultur og Samfund. Aarhus Universitet

Friis-Holmberg, Teresa, Christensen, Anne Illemann, Zinckernagel, Line, Petersen, Lars Skytte og Morten Hulvej Rud 2013: *Kortlægning. Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker*. Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, i samarbejde med Center for Forebyggelse i Praksis, KL og Sundhedsstyrelsen

Frohlich, Katherine L., Ellen Corin, og Louise Potvin 2001: "A Theoretical Proposal for the Relationship between Context and Disease". I: *Sociology of Health and Illness*, årg. 23, side 776-797

Gell, Alfred 1988: "Technology and Magic". I: *Anthropology Today*, årg. 4, nr. 2, side 6-9.

Giddens, Anthony 1991: *Modernity and Self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press

- Glümer, Charlotte, Hilding-Nørkjær, Helle, Nordahl Jensen, Helene, Jørgensen, Torben, Andreasen, Anne Helms og Steen Ladelund 2008: Sundhedsprofil for region og kommuner 2008. Center for Forebyggelse og Sundhed, Region hovedstaden
- Good, Byron 1994: *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press
- Gough, Brendan og Mark T. Conner 2006: "Barriers to healthy eating amongst men: A qualitative analysis". I: *Social Science & Medicine* årg. 62, side 387–395
- Greco, Monica 2009: "Thinking beyond Polemics: Approaching the Health Society through Foucault". I: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, årg. 34, nr. 2, side 13-27
- Greve, Carsten 2002: *New Public Management*. Nordisk Kultur Institut.
- Greve, Carsten 2006: "Public management reform in Denmark". I: *Public management review*, årg. 8, nr. 1, side 161-169
- Grogan, Sarah & Helen Richards 2002: "Body Image: Focus Groups with Boys and Men". I: *Men and Masculinities*, årg. 4, nr. 3, side 219-232
- Grogan, Sarah 2008: *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge, side 81-108
- Grue, Astrid og Christina Vega 2013: "Bebor vi mangfoldige verdener? Introduktion". I: *Verden(er). Tidsskriftet Antropologi*, nr. 67, side 5-23
- Grøn, Lone 2004: *Winds of Change, bodies of persistence. Health promotion and lifestyle change in institutional and everyday context*. Ph.d. afhandling. Afdeling for Antropologi og Etnografi. Aarhus Universitet og afdelingen for sundhed, Vejle Kommune
- Grøn, Lone 2006: *Krop og hverdag i forandring. Sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdagsliv*. Jelling Bogtrykkeri
- Grøn, Lone 2011: "Egenomsorg – et grænseobjekt i Kronikeromsorgen". I: *Klinisk Sygepleje*. 25. årgang, nr. 4, side 13-24

- Grøn, Lone, Franck, Eline Boysen, Rahbek, Laura Emilie Buch, Nielsen, Mikka og Martin Sandberg
Buch 2012: Egenomsorg og patientuddannelse i grænsefladen mellem medicin og humaniora.
Dansk Sundhedsinstitut
- Gundelach, Peter og Susanne Kuehn (red.) 2000: Energi og livsstil. Sociologisk Institut
- Gupta, Akhil og James Ferguson 1997: "Discipline and Practice: "The Field" as Site, Method and Location in Anthropology". I Gupta og Ferguson (red.): Anthropological Locations. Boundaries and Grounds of a Field Science. University of California Press, side 1-46
- Hacking, Ian 1990: The Taming of Chance. Cambridge University Press
- Haggerty, Robert 1977: "Changing lifestyle to improve health". I: Preventive medicine, årg. 6, nr. 2, side 276-89
- Halliwell, Emma og Helga Dittmar 2003: "A Qualitative Investigation of Women's and Men's Body Image Concerns and Their Attitudes Towards Aging". I: Sex Roles, årg. 49, nr. 11/12, side 675-684
- Haraway, Donna 1988: "Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective". I: Simians, Cyborgs and Women. Routledge, side 183-201
- Harrits, Gitte Sommer 2013: Klasse. En introduktion. Hans Reitzels Forlag
- Hastrup, Kirsten 1992: Det antropologiske projekt – om forbløffelse. Gyldendals Forlag
- Hastrup, Kirsten 2003: "Introduktion. Den antropologiske videnskab". I Hastrup red): Ind i verden: En grundbog i antropologisk metode. Hans Reitzels Forlag, side 9-35
- Hastrup, Kirsten 2004: "Getting it right: Knowledge and evidence in anthropology". I: Anthropological Theory, årg. 4, nr. 4, side 455-472
- Highmore, Ben 2002: The Everyday Life Reader. Routledge, side 1-37
- Hill, James O. 2009: "Can a small-changes approach help address the obesity epidemic? A report of the Joint Task Force of the American Society for Nutrition, Institute of Food Technologists, and International Food Information Council". I: The American Journal of Clinical Nutrition, nr. 89, side 477-84

- Hoff, Morten 2004: "Den aldrende krop. Et socialfænomenologisk perspektiv på alder og krop". I Krogh Christensen og Wichmann-Hansen (red.): Krop og kompetence: aktuelle begreber inden for pædagogik og sundhed. F.A.D.L., side 169-191
- Hoff, Morten 2006: Som en tyv om natten. Analyser af fortællinger om krop, aldring og fysisk aktivitet. Syddansk Universitetsforlag
- Holm, Anders og Mads Meier Jæger 2007: "Livsformer i Danmark: Udbredelse og udviklingstendenser 1981-2005". I: Socialpolitik og velfærdsydelser, Arbejdspapir, nr. 08
- Holstein, Bjørn Evald, Iversen, Lars og Tage Søndergård Kristensen 1997: Medicinsk sociologi. Foreningen af danske lægestuderendes forlag
- Honkasalo, Marja-Liisa 2006: "Fragilities in life and death: Engaging in uncertainty in modern society" I: Health, Risk & Society, årg. 8, nr. 1, side 27-41
- Huniche, Lotte og Finn Olesen 2014: "Introduktion". I Huniche og Olesen (red.): Teknologi i sundhedspraksis. Munksgaard, side 17-35
- Hylland-Eriksen, Thomas 2010: Small Places, Large Issues: An Introduction to Social and Cultural Anthropology (3rd Edition), Pluto Press
- Højrup, Thomas 1983: Det Glemte Folk. Statens Byggeforskningsinstitut og Institut for Europæisk Folkelivsforskning
- Højrup, Thomas 1984: "Begrebet livsform. En formspecificerende analysemetode anvendt på nutidige vesteuropæiske Samfund". I: Før og Nu, historisk topografisk tidsskrift, årg. 31, side 194-218.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004: Kommunalreformen – de politiske aftaler. Schultz Grafisk A/S
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005: Kommunalreformen – kort fortalt. Salogruppen A/S
- Jackson, Michael 1996: "Introduction: Phenomenology, Radical Empiricism, and Anthropological Critique". I Jackson (red): Things as they are: New Directions in Phenomenological Anthropology. Indiana University Press, side 1-51

- Jackson, Michael 2004: "From the tragic to the comic". I Jackson: the politics of storytelling: Violence, Transgression and Intersubjectivity; e-book. Museum Tusculanum Press, side 169-191
- Jagose, Annamarie 2003: "The Invention of Lifestyle" I: Martin (red.): Interpreting Everyday Culture. Hodder Arnold, side 109-123
- Jallinoja, Piia, Pajari, Pia M. og Pilvikki Absetz 2008: "Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes". I: Scandinavian Journal of Caring Science årg. 22, nr. 3, side 455–462
- Jallinoja, Piia, Pajari, Pia M. og Pilvikki Absetz 2010: "Negotiated pleasures in health-seeking lifestyles of participants of a health promoting intervention". I: Health, årg. 14, nr. 2, side 115-130
- Jansbøl, Kåre & Anja Elkjær Rahbek 2013: Sund Mand – Litteraturstudiet. KORA
- Jansen, Yvonne J. F. M. 2010: "The Taming of Chance and the Actual Practice of Prevention". I Mathar og Jansen (red.): Health Promotion and Prevention Programmes in Practice How Patients' Health Practices are Rationalised, Reconceptualised and Reorganised. Transcript-Verlag, side 147-171
- Jensen, Jesper Ole 2002: Livsstil, boform og ressourceforbrug. Ph.d. Afhandling. Statens Byggeforskningsinstitut, Aalborg Universitet og Dansk Byplanlaboratorium
- Jespersen, Astrid Pernille 2007: Engagement i arbejdet? Konsultationsprocesser hos danske praktiserende læger Ph.d. Afhandling. Afdelingen for Etnologi, Saxo-Instituttet. Det Humanistiske Fakultet. Københavns Universitet.
- Johansen, Katrine Schepelern 2005: Kultur og Psykiatri. En antropologi om transkulturel psykiatri på danske hospitaler. Ph.d. Afhandling. Sct. Hans Hospital og Institut for Antropologi. Det Samfundsvidenskabelige Fakultet. Københavns Universitet
- Johansson, Thomas og Fredrik Miegel 1992: Do the right thing: Lifestyle and Identity in Contemporary Yought Culture. Graphic Systems AB
- Juel, Knud, Sørensen, Jan og Henrik Brønnum Hansen 2007: Risikofaktorer og Folkesundhed i DK. Statens Institut for Folkesundhed. Udarbejdet på vegne af Sundhedsstyrelsen. Kailow Graphic

Jørgensen, Torben 2014: "Kommunernes folkesundhedsarbejde". I Pedersen og Rank Petersen (red.): Det kommunale sundhedsvæsen. Hans Reitzels Forlag, side 119-135.

Kannel, William B, Dawber, Thomas R, Kagan, Abraham, Nikolas, Revotskie og Joseph Stokes III 1961: "Factors of Risk in the Development of Coronary Heart Disease – Six-year Follow-up Experience. The Framingham Study". I: Annals of Internal Medicine, årg. 55, nr. 1, side 33-50

Kannel, William B. og Arthur Schatzkin 1983: "Risk factor Analysis". I: Progress in Cardiovascular Diseases, årg. XXVI, nr. 4, side 309-332

Kjøller, Mette, Juel, Knud og Finn Kamper-Jørgensen 2007: Folkesundhedsrapporten 2007. Statens Institut for Folkesundhed og Sundhedsstyrelsen

Kleinman, Arthur 1992: "Pain and Resistance: The Delegation and Relegitimation of Local Worlds". I DelVecchio Good, Brodwin, Good og Kleinman (red.): Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective. University of California Press, side 169-197

Kleinman, Arthur 1995: Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine. University of California Press

Kleinman, Arthur 2006: What Really Matters: Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger. Oxford University Press

Koch, Lene 2014. Racehygiejne i Danmark 1920-56. Informations Forlag

Komiteen for Sundhedsoplysning 1988: Ottawa Charter om sundhedsfremme. Dansk oversættelse

Korp, Peter 2008: "The Symbolic power of "healthy lifestyles"". I: Health Sociology Review, årg. 17, side 18–26

Krieger, Nancy 1994: "Epidemiology and the Web of Causation: Has anyone seen the spider?" I: Social Science & Medicine, årg. 39, nr. 7. side 887-903

Kruse, Marie og Karin Helweg-Larsen 2004: Kønsforskelle i sygdom og sundhed. Statens Institut for Folkesundhed. Minister for Ligestilling. Kailow Graphic A/S

Kuehn, Susanne 1999: Livsstil og energiforbrug – analyseret med bourdieusk optik. Dansk Sociologi, årg. 10, nr. 2, side 19-35

- Kuehn, Susanne 2000: "Livsstilsbegrebet og arvegodset – teoretiske udfordringer og metodiske vanskeligheder". I Gundelach og Kuehn (red.): Energi og livsstil. Sociologisk Institut, side 35-60
- Kvale, Steinar 1996: Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing. Sage Publications
- Kvale, Steinar 2003: "Forord". I Lave & Wenger: Situeret læring – og andre tekster. Hans Reitzels Forlag
- Lang, Astrid og Erika Sivarajan Froelicher 2006: "Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance". I: European Journal of Cardiovascular Nursing, årg. 5, side 102 – 114
- Latour, Bruno 1987: Science in Action. Harvard University Press
- Latour, Bruno 2004: "How to talk about the Body: The Normative Dimension of Science Studies". I: Body and Society, årg. 10, nr. 2-3, side 205-229.
- Latour, Bruno 2010: On the Modern Cult of Factish Gods. Duke University Press
- Lave, Jean & Etienne Wenger 1991: Situated Learning: Legitimate peripheral participation. Cambridge University Press
- Leder, Drew 1990: The Absent Body. The University of Chicago Press
- Levin, Irene og Jan Trost 2005: "Symbolsk interaktionisme". I Hviid Jacobsen & Kristiansen (red): Hverdagslivet. Sociologier om det upåagtede. Hans Reitzels Forlag, side 106-121
- Ljungdalh, Anders Kruse og Jane Ege Møller 2011: "The social in medicine: Social techniques in patient education". I: Health, årg. 16, nr. 4, side 418–433
- Lumsen, Simon 2013: "Habit and the limits of the autonomous self". I: Body & Society, årg. 19, nr. 58, side 58-82
- Lupton, Deborah 1995: The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body. Sage Publications

- Madsen, Mette og Katrine Strandberg-Larsen 2011: "Den epidemiologiske forskningsmetode". I Vallgård og Koch (red): Forskningsmetoder i Folkesundhedsvidenskaben, Munksgaard, side 243-282.
- Marcus, George E. 1995: "Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography". I: The Annual Review of Anthropology, Vol. 24, side 95-117
- Martin, Helle Max og Ann Nielsen 2012: Livsstilsbehandling af overvægt og fedme. Et litteraturstudie. Dansk Sundhedsinstitut
- Mathar, Thomas og Yvonne J.F.M. Jansen 2010: "Introduction: Health Promotion and Prevention Programmes in Practice". I Mathar og Jansen (red.): Health Promotion and Prevention Programmes in Practice, Transcript Verlag, side 9-29
- Mattingly, Cheryl 2005: "Den narrative udvikling i nyere medicinsk antropologi". I: Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Sundhed, årg. 2, nr. 2, side 13-40
- Mattingly, Cheryl 2012: "Moral Selves and Moral Scenes: Narrative Experiments in Everyday life". I: Ethnos: Journal of Anthropology, årg. 78, nr. 3, side 301-327
- Mattingly, Cheryl 2012: "Two virtue ethics and the anthropology of morality". I: Anthropological Theory, årg. 12, nr. 2, side 161-184
- Mauss, Marcel [1934] 1979: Sociology and Psychology. Routledge & Kegan Paul, side 95-123
- Mauss, Marcel [1950] 2000: Gaven: Gaveudvekslingens form og logik i arkaiske samfund. Spektrum
- McKinlay, Hohn B. og Lisa D. Marceau 2000: "Public Health Matters: To Boldly Go...". I: American Journal of Public Health, årg. 90, nr. 1, side 25-33
- Mead, George Herbert 1934: Mind, Self, and Society. University of Chicago Press
- Mead, George Herbert 1936: Movements of thought in the nineteenth century. University of Chicago Press

- Meillier, Lucette 1994: Sundhedsoplysning og forandring. Mænd, oplysning og forandring af sundhedsvaner. Ph.d. Afhandling. Institut for epidemiologi og social medicin, Aarhus Universitet. Rapport nr. 9
- Merleau-Ponty, Maurice [1945] 2010: Phenomenology of Perception. Routledge
- Middelfart kommune 2014: Vægtstopkursus: Små skridt – til varigt vægttab
- Mikkelsen, Henrik Hvenegaard 2015: "Vi fandt Ungdom, da vi flyttede i Seniorboliger": Aldring, autonomi og kollektiv historiefortælling. I: Gerontologi, årg. 31, nr. 2, side 26-31
- Mik-Meyer, Nanna og Kasper Villadsen 2007: Magtens former. Hans Reitzels Forlag
- Mik-Meyer, Nanna 2014: " Sundhedens rolle: enhvers pligt og målet for alle". I Pedersen og Rank Petersen (red.): Det kommunale sundhedsvæsen. Hans Reitzels Forlag, side 57-69.
- Miller, Daniel (red.) 2005: Materiality. Duke University Press
- More, Sarah E.H 2010: "Is the Healthy Body Gendered?: Towards a Feminist Critique of the New Paradigm of Health". I: Body & Society, årg. 16, nr. 2, side 95-118
- Morrow, Richard H. 2004: "Epidemiology: Health and disease in populations". I: Global Perspectives in Health, årg. 1. Biological, Physiological and Health Science: Sample Chapters, www.eolss.net
- Mortensen, Nils 2004: "Amerikansk pragmatisme". I: Andersen og Kaspersen (red.). Klassisk og moderne samfundsteori. Hans Reitzels Forlag, side 123-139
- Navne, Laura Emdal, Vinge, Sidsel og Mille Kjærsgaard Thomsen 2012: Patientrettet forebyggelse. Et oversigtsnotat over modeller og effekter af indsatser til patienter med KOL, type 2-diabetes og hjertekarsygdom i sygehusregi. Dansk Sundhedsinstitut
- Nettleton, Sarah og Roger Burrow 1995: "Sociological critique of health promotion", I Bunton, Nettleton og Burrows (red.): The Sociology of Health Promotion. Critical analysis of consumption, lifestyle and risk, Routledge, side 41-60

Nettleton, Sarah, Neale, Jo og Lucy Pickering 2010: "I don't think there's much of a rational mind in a drug addict when they are in the thick of it". I: *Sociology of Health and Illness*, årg. 33, nr. 7, side 1-15

Nettleton Sarah og Judith Green 2014: "Thinking about changing mobility practices: how a social practice approach can help". I Cohn (red.): *From Health Behaviours to Health Practices: Critical Perspectives*, Blackwell Publishing Ltd., side 82-94

Nielsen, Jette Møller 2000: "Den ligeværdige dialog. Respekt for folks prioritering og indlevelse i deres situation er grundelementer i den motiverende samtale". I: *Vital* nr. 3. Sundhedsstyrelsen

NIRAS og Sundhedsstyrelsen 2011a: Vægtstop. Resultater fra midtvejsevalueringen af satspuljen: "Vægttab og vægtvedligeholdelse blandt svært overvægtige voksne". NIRAS

NIRAS og Sundhedsstyrelsen 2011b: Evaluering af projekt "Små skridt i den rigtige retning" for gravide og nybagte mødre i Nordjylland. Region Nordjylland, Aalborg Kommune og Vesthimmerlands Kommune

Novas, Carlos og Rose, Nikolas 2000: "Genetic Risk and the Birth of the somatic individual". I: *Economy and Society* årg. 29, side 485-513

O'Brien, Martin 1995: "Health and lifestyle - A critical mess?: Notes on the dedifferentiation of health". I Bunton, Nettleton og Burrows (red): *The Sociology of Health Promotion. Critical analysis of consumption, lifestyle and risk*, Routledge side 191-205

O'Connor, Erin 2007: "Embodied knowledge in glassblowing: the experience of meaning and the struggle towards proficiency". I: *The Sociology Review*, årg. 55, nr. S1, side 126-144

Olesen, Finn 2010: "Den forstærkede patient. Om patientbegreber og empowerment". I Thorgaard, Nissen og Juul Jensen (red.): *Viden, virkning og virke – forslag til forståelser i sundhedspraksis*. Roskilde Universitetsforlag, side 307-332

Ong, Bie Nio Rogers, Anne, Kennedy, Bower, Anne, Sanders, Tom, Morden, Andrew, Cheraghi-Sohi, Sudeh Richardson, Jane C. og Fiona Stevenson 2014: "Behaviour change and social blinkers?: The role of sociology in trials of self-management behaviour in chronic conditions". I Cohn (red.):

From Health Behaviours to Health Practices: Critical Perspectives, Blackwell Publishing Ltd., side 69-81

Oppenheimer, Gerald M. 2005: "Becoming the Framingham Study 1947-1950". I: Public Health Then and Now. American Journal of Public Health, årg. 95, nr. 4, side 602-610

Otto, Lene 2001: "Sygdomsforebyggelse og sundhedspolitik i et kulturhistorisk perspektiv". I: Fokus på sundhedsplejen, side 139-161

Otto, Lene 2003: Foucaults "governmentalitetsteori". Styringsteknologi og subjektivitet. Arbejdspapir, nr. 1. Udkast

Otto, Ton 1997: "Informed Participation and Participating Informants". I: Canberra Anthropology, årg. 20, nr 1-2, side 96-108

Oxlund, Bjarke 2012: "Living by numbers: The dynamic interplay of asymptomatic conditions and low cost measurement technologies in the cases of two women in the Danish provinces". I: Suomen Antropologi: Journal of the Finnish Anthropological Society, årg. 37, nr. 3, side 42-65

Parascandola, Mark 2011: "Causes, risks, and probabilities: Probabilistic concepts of causation in chronic disease epidemiology" I: Preventive Medicine, årg. 53, side 232-234

Pedersen, Pia Vivian, Johansen, Katrine Bindesbøl Holm, Ekholm, Ola og Knud Juel 2014: Sundhed og Trivsel i et kønsperspektiv. Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet

Petersen, Alan og Deborah Lupton 1996: The new public health: Health and self in the age of risk. Sage Publications

Pietz, William 1985: "The problem of the fetish I". I: RES: Journal of Anthropology and Aesthetics, årg. 9, side 5-17

Pietz, William 1987: "The problem of the fetish II: The Origin of the Fetish". I: RES: Journal of Anthropology and Aesthetics, årg. 13, side 23-45

Plough Hansen, Helle og Tine Tjørnhøj-Thomsen 2012: "Interventioner og sundhedsforskning. Nogle kritiske overvejelser og refleksioner". I: Bibliotek for Læger, 204. årgang, side 374-389

- Pols, Jeannette 2010: "Telecare: What Patients Care About". I Mol, Mosel og Pols (red): Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms. Transcript Verlag, side 171-195
- Porter, Dorothy 1999: Health, Civilization and the State: A history of public health from ancient to modern times. Routledge
- Prochaska, James C. og Carlo C. DiClemente 1986: Towards a Comprehensive Model og Change. Springer
- Prochaska, James C. og Mary M Velasquez 2002: "Motivational Interviewing and the Stages of Change". I Miller & Rollnick (red.): Preparing People for Change. The Guilford Press, side 201-217
- Regeringen 2002: Sund hele livet. De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. Indenrigs- og sundhedsministeriet
- Regeringen 2014: Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Robertson, Lynn M., Douglas, Flora, Ludbrook, Anne, Reid, Garth og Edwin Van Teijlingen 2008: "What works with men?: A systematic review of health promoting interventions targeting men". I: BMC Health Service Research, årg. 8, side 141-150
- Rockwool Fondens Forskningsenhed 2010: "Den svære overvægt fortsætter med at stige". I: Nyt fra Rockwool Fondens Forskningsenhed. Nyhedsbrev
- Rollnick, Stephen, Miller, William R. og Christopher C. Butler 2008: Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior. The Guildford Press
- Rose, Nikolas 2009: Livets politik: Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede. Dansk Psykologisk Forlag
- Rosenkilde, Mads, Auerbach, Pernille, Reichkender, Michala Holm, Ploug, Thorkil, Stallknecht, Bente Merete og Anders Sjödin 2012: "Body fat loss and compensatory mechanisms in response to different doses of aerobic exercise – a randomized controlled trial in overweight sedentary males". I: American Journal of Physiology - Regulatory, Integrative and Comparative Physiology, årg. 303, nr. 6, side 571-579

- Rubak, Sune, Christensen, Bo, Sandbæk, Anelli og Torsten Lauritzen 2006: "Den motiverende samtale. Systematisk oversigtsartikel og metaanalyse". I: Månedsskrift for praktisk lægegerning
- Rud, Morten Hulvej 2010: Forebyggelsens momenter. En antropologisk undersøgelse af evidens og etik i tiltag rettet mod unge brug af alkohol. Ph.d. Afhandling. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet og Institut for Antropologi, Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet
- Ryborg, Alexandra Brandt 2011; "Madmagi: at spise sig ud af en adfærdsforstyrrelse". I: Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 14, side 87-105
- Sabinsky, Marianne S., Toft, Ulla, Raben Anne og Lotte Holm 2007: "Overweight men's motivations and perceived barriers towards weight loss". I: European Journal of Clinical Nutrition, årg. 61, nr. 4, side 526–531
- Scheper-Hughes, Nancy og Margaret M. Lock 1987: "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". I: Medical Anthropological Quarterly, årg. 1, nr. 1, side 6-41
- Schneider, Dona og David E. Lilienfeld 2008: Public Health, Volume 1: The Development of a Discipline: from the Age of Hippocrates to the Progressive Era, Rutgers University Press, side 145-579
- Schneider, Dona og David E. Lilienfeld 2011: Public Health, Volume 2: The Development of a Discipline, Twentieth-Century Challenges, Rutgers University Press, side 520-564
- Schøler, Maja og Otto, Lene 2011: "Mænd og mad. Artikulering af kroppen i borgerrettet sundhedsfremme". I: Kulturstudier, nr. 2, side 68-92
- Sherwood, Nancy E., Crain, Lauren A., Martinson, Brian C., Hayes, Marcia G., Anderson, Julie D., Clausen, Jessica M., O'Connor, Patrick J. og Robert W. Jeffery 2011: "Keep it off: A phone-based intervention for long-term weight-loss maintenance". I: Contemporary Clinical Trials, årg. 32, side 551–560
- Shilling, Chris 2007: "Sociology and the body: classical traditions and new agendas". I: The Sociological Review, årg. 55, nr. S1, side 1-18
- Shilling, Chris 2008: Changing Bodies: Habits, Crisis and Creativity. Sage Publications

- Shim, Janet K. 2010: "Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment". I: Journal of Health and Social Behavior, årg. 51, nr. 1, side 1–15
- Shove, Elisabeth 2007: "Having and Doing: The Case of the Restless Kitchen". I Shove (red.): The Design of Everyday Life, side 21-39.
- Simonsen, Simon Sjørup 2006: Mænd, sundhed og sygdom – ronkedorfænomenet. Klim
- Sjørlev, Inger 1995: "Det metodiske forløb. Kunst og håndværk i den antropologiske proces". I: Tidsskriftet Antropologi, nr. 31, side 177-183
- Sjørlev, Inger 2010: "På genbesøg i magiske verdener. Et essay". I: Tidsskriftet Antropologi nr. 61, side 5-31
- Sjørlev, Inger 2013: Ting i nære og fjerne verdener. Aarhus Universitetsforlag. Online version
- Sjørlev, Inger 2015: "The Magic of the Gestalt: Forms and Fetishes in the Realms of Rationality". I Steffen, Jöhncke og Raahauge (red.): Between Magic and Rationality: On the limits of Reason in the Modern World. Museum Tusculanum Press, side 149-175
- Skovgaard, Thomas, Nielsen, Maj Britt D. og Arja R. Aro 2007: Evidens i forebyggelsesarbejdet. Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet og Sundhedsstyrelsen. Schultz Grafisk
- Smith, George Davey 2000: "Reflections on the limitations to epidemiology". I: Journal of Clinical Epidemiology, årg. 54, side 325-331
- Sobel, Michael E. 1981: Lifestyle and Social Structure: Concepts, Definitions, Analyses. Academic Press, side 1-7
- Stebbins, Roger 1997: "Lifestyle as a generic concept in ethnographic research". I: Quality & Quantity, årg. 31, side 347-360
- Steffen, Vibeke 1995: "Fortællinger som terapi. Livshistorier og myter". I: Nordisk Alkoholtidsskrift, årg. 12, nr. 5-6, side 273-281

- Steffen, Vibeke og Steffen Jöhncke 2015: "Introduction: Ethnographies on the limits of Reason". I Steffen, Jöhncke og Raahauge (red): *Between Magic and Rationality: On the limits of Reason in the Modern World*. Museum Tusculanum Press, side 9-39
- Stoklund, Bjarne 1979: "Europæisk etnologi". I: *Københavns Universitet 1479-1979*, bind XI, side 87-120
- Stroebele, Nanette, De Castro, John M., Stuht, Jennifer, Catenacci, Vicki, Wyatt, Holly R. og James O. Hill 2009: "A Small-Changes Approach Reduces Energy Intake in Free-Living Humans". I: *Journal of the American College of Nutrition*, årg. 28, nr. 1, side 63-68
- Sundhedsministeriet 1999: *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen*. Sundhedsministeriet
- Sundhedsstyrelsen 2003: *Oplæg til national handlingsplan for svær overvægt*. J.H. Schultz Grafisk
- Sundhedsstyrelsen 2005a: *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. Center for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen 2005b: *Patientuddannelsesprogrammet - lær at leve med kronisk sygdom*
- Sundhedsstyrelsen 2005c: *Sundhed i kommunerne. Nye opgaver og muligheder*. Schultz Grafisk
- Sundhedsstyrelsen 2006: *Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog*. Scanprint
- Sundhedsstyrelsen 2010: *Mænds sundhed. En oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder*. Rosendahls-Schultz Distribution
- Sundhedsstyrelsen 2012: *Introduktion til Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakker*. Rosendahls-Schultz
- Tang Nielsen, Kasper, Ploug Hansen, Helle, Huniche, Lotte, Swane, Christine E. og Helle Johansen 2007: "Når sundhed, sygdom og helbredelse er mere end ord. Om brug af deltagerobservation i sundhedsvidenskabelige undersøgelser". I: *Forskning i Fysioterapi (online)*, årg. 5, side 1-8
- Tanggard Andersen, Pernille og Jens-Jørgen Jensen 2010: "Healthcare reform in Denmark". I: *Scandinavian Journal of Public Health*, årg. 38, side 246-252

Terris, Milton 1992: "Healthy Lifestyles: The Perspective of Epidemiology". I: Journal of Public Health Policy, årg. 13, nr. 2, side 186-194

Thorgaard, Keld, Nissen, Morten og Uffe Juul Jensen 2010: "Viden, virkning og virke. Forslag til forståelser i sundhedspraksis". I Thorgaard, Nissen, og Juul Jensen, (red): Viden, virkning og virke. Forslag til forståelser i sundhedspraksiside Roskilde Universitetsforlag, side 7-17

Tjørnhøj-Thomsen, Tine og Helle Ploug Hansen 2015: "Managing Uncertainties, Gaining Control: The Magic of Food and Words". I Steffen, Jöhncke og Raahauge (red): Between Magic and Rationality: On the limits of Reason in the Modern World. Museum Tusculanum Press, side 149-175

Townsend, Anne, Wyke, Sally og Kate Hunt 2006: "Self-managing and managing self: practical and moral dilemmas in accounts of living with chronic illness". I: Chronic Illness, årg. 2, side 185-194

Tænketanken om nærdemokrati 2005: Tænketanken om nærdemokrati. Redegørelse til Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Schultz Grafisk

Tårnby Kommune 2013: Evaluering: Små Skridt – Vægtstoprådgivning for svært overvægtige gravide og nyblevne mødre.

Upton, Arthur C. 1978: Progress in the Prevention of Cancer. I: Preventive Medicine, årg. 7, side 476-485

Vallensbæk Kommune 2010: Vallensbæk Kommunes sundhedspolitik

Vallensbæk Kommunes Sundhedsafdeling 2010: Flyer, livsstilskursus for mænd i Vallensbæk Kommune

Vallensbæk Kommunes Sundhedsafdeling 2011: Årsrapporten 2010

Vallgård, Signild 2001: "Governing people's lives: Strategies for improving the health of the nation in England, Denmark, Norway and Sweden". I: European Journal of Public Health, årg. 11, nr. 4, side 386-392

Vallgård, Signild 2003: Folkesundhed som Politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag. Århus, Aarhus Universitetsforlag

- Vallgård, Signild 2005: "Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne". I: Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund, årg. 2, nr. 3, side 15-32
- Vallgård, Signild 2011: "Why the concept 'lifestyle diseases' should be avoided". I: Scandinavian Journal of Public Health, årg. 39, nr. 7, side 773-775
- Van der Broeck, Jan og Jonathan R. Brestoff (red.) 2013: Epidemiology: Principles and Practical Guidelines. Part 1. Springer, side 3-59
- Veblen, Thorstein [1899] 2007: Theory of the Leisure Class. Macmillan
- Vejleskov, Hans 1999: Udvalgte Piaget-tekster: uddrag fra Piagets værker med indledende kommentarer. Dansk Psykologisk forlag
- Weber 2003: Wirtschaft und Gesellschaft, Zweiter Teil. I Andersen, Bruun og Kaspersen (red.): Max Weber udvalgte tekster, bind 2. Hans Reitzels Forlag, side 27-45 og side 189-241
- Wenger, Etienne 2004: Praksisfællesskaber. Læring, mening og identitet. Hans Reitzels Forlag
- WHO Health Education Unit 1986: "Life-styles and Health". I: Social Science and Medicine, årg. 22, nr. 2, side 117-124
- Whyte, Susan Reynolds 1997: Questioning Misfortune. University of Cambridge Press
- Whyte, Susan Reynolds 2009: "Health Identities and Subjectivities: The Ethnographic Challenge". I: Medical Anthropology Quarterly, årg. 23, nr. 1, side 6–15
- Will, Catherine M. og Kate Weiner 2014: "Sustained multiplicity in everyday cholesterol reduction: repertoires and practices in talk about 'healthy living'". I Cohn (red.): From Health Behaviours to Health Practices: Critical Perspectives, Blackwell Publishing Ltd., side 132-144
- Willemann, Marlene og Mette Lolk Hanak (red.) Sundhedsstyrelsen, Viden- og dokumentationsenheden 2006: Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme. Sundhedsstyrelsen
- Williams, Simon J. 1995: "Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?". I: Sociology of Health and Illness, årg. 17, nr. 5, side 577-604.
- Wolcott, Harry F. 2005: The Art of Fieldwork. Altamira Press

Zinn, Jens O. 2008: Social Theories of Risk and Uncertainty: An Introduction. Blackwell Publishing Ltd.

Utrykte kilder

Seminar om mænds sundhed, Sundhedsstyrelsen den 29. november 2010

Sundhedsvejledning Små skridt: Seminar for sundhedsprofessionelle, Per Brændgaard og LIVA kurser, 4.-5. april 2011

Interview med Per Brændgaard Mikkelsen, april 2011

Interview med underviser på livsstilskursus, Vallensbæk Kommune, marts 2011

Interview med sundhedschef, Vallensbæk Kommune, april 2011

Interviews med deltagere på livsstilskursus, december 2010 - marts 2011.

Deltagerobservation på livsstilskursus, sommer 2010 - forår 2013.

Websteder

BMI (definition), www.sundhed.dk, 10. marts 2016

Danmarks Statistik. www.dst.dk, 24. februar 2016

Glostrup-undersøgelsen, www.kostforskning.dk, 4. april 2016

Men's Health Week. www.sundmand.dk, 4. april 2016

NUMO (Nationalt Udviklingscenter for Overvægt), www.numo.nu, 31. marts 2016

Mænds "mobile" sundhed, www.ucsyd.dk/videncentre/videncenter-for-sundhedsfremme/velfaerdesteknologi-og-rehabilitering/forskningsprojekter, 31. marts 2016

Mænds sundhed. www.sst.dk, 15. august 2015

Nedsættelsen af Kommissioner/Råd, www.retsinformation.dk, 4. april 2016

Den amerikanske database Pubmed, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed, 15. januar 2016

Sundhedsloven kapitel 35 § 119, stk. 2, www.retsinformation.dk, 4. april 2016

Vallensbæk Kommune, www.vallensbaek.dk, 23. marts 2016

Østerbroundersøgelsen, www.frederiksberghospital.dk, 5. april 2016

Dansk resumé

Denne afhandling er en antropologisk undersøgelse af livsstil og livsstilsforandringer blandt en gruppe overvægtige mænd på et kommunalt organiseret livsstilskursus i Storkøbenhavn. Afhandlingen handler om spændingsfeltet mellem kropsligt indlejrede dispositioner og ønsket om en sundere levemåde, og den udfordrer dels formodningen om, at forandring af rutinerede praksisser er resultatet af en refleksiv praksis, dels antagelsen om, at kropslige rutiner er svære at ændre, fordi de er indlejret i ureflekterede hverdagspraksisser og derfor selvfølgelige. I stedet viser jeg, hvordan deltagerne på livsstilskurset refleksivt såvel som kropsligt anvender en række forskellige metoder og relationer i deres forsøg på at forene idealet om en sundere livsstil med ønsket om en balanceret levemåde. Dette gør jeg ved etnografisk at følge deltagerne i deres forsøg på at ændre deres rutinerede praksisser og ved at sætte fokus på deres refleksioner og erfaringer samt de mikro-praksisser, som aktiveres og tillægges en betydning i individuelle og kollektive forandringsprocesser.

Analytisk finder jeg inspiration dels i Michel Foucaults tilgang til subjektivering som en kulturel dannelsesproces, der foregår i et samspil med videnskabelige diskurser og institutionelle praksisser. Dels anvender jeg en række etnografiske og praksisnære begreber, der sætter fokus på menneskelig væren og praksis som situeret, processuel og relationel. I mødet mellem subjektiveringsstudier og etnografien diskuterer jeg nuancerne og kompleksiteten i praktiseringer af livsstilsforandringer og i dannelsen af selvet. Herigennem gengiver jeg et billede af deltagerne som moralske, kreative og meningsskabende i deres forsøg på at ændre rutiner i en foranderlig hverdag. Det er et perspektiv, der bryder med forståelsen af forandringsprocesser som et resultat af simple kausale sammenhænge, men som samtidig muliggør bibeholdelsen af et fokus på en nuanceret udfoldelse af deltagernes egeninteresse i livsstilsforandringerne.

Afhandlingen består af ni kapitler foruden introduktionen, og er organiseret i to overordnede dele.

Del I består af kapitlerne 2-5. Her introducerer jeg til livsstilskurset (kapitel 2) og den kommunale sundhedsfremme (kapitel 3), som tilsammen udgør den empiriske felt. Jeg præsenterer det anvendte livsstilsbegreb (kapitel 4) og redegør for mit feltarbejde og metode (kapitel 5).

Del II består af kapitlerne seks til otte. I denne del udfolder jeg min analyse af deltagernes kamp med og mod deres rutinerede praksisser. I kapitel seks viser jeg, hvordan en række forskellige

artefakter bliver betydningsfulde for deltagernes forsøg på at forandre deres rutinerede praksisser, både fordi artefakterne bliver anvendelig i en reflektiv dannelsesproces og hjælper deltagerne til at få kontrol med deres usunde rutiner. Men også fordi artefakterne fungerer som medierende mellemlid mellem idealerne om en sundere livsstil og individuelle erfaringer og råd. Artefakterne *gør* de sunde valg, uden at deltagerne nødvendigvis skal forholde sig reflekteret hertil, hvilket muliggør fastholdelsen af de sunde rutiner i en foranderlig hverdag.

I kapitel syv diskuterer jeg kroppens betydning i livsstilsprojekter. Jeg viser, hvordan kroppe bliver betydningsfulde, dels fordi det er kropslige erfaringer i form af bl.a. fysisk svækkelse, der fremkalder et ønske om at leve sundere blandt deltagerne. Dels fordi kroppen på livsstilskurset aktiveres som en reflektiv kropsteknik i den forståelse, at deltagerne skal lære at sanse og erfare kroppen som en metode til at kontrollere deres madindtag. Og det er en kropsteknik, som deltagerne efterfølgende benytter sig af i daglige forhandlingsprocesser. Således konstitueres livsstilsforandringer også i fortløbende forhandlinger af objektivitet og subjektivitet.

I kapitel otte diskuterer jeg fællesskabets betydning for individuelle livsstilsprojekter. Jeg viser, hvordan deltagerne på livsstilskurset er sammen uden moralsk fordømmelse af hinanden, og hvordan fællesskabet bliver genstand for erfaringsudvekslinger, som deltagerne udveksler med hinanden, men afprøves individuelt. Samtidigt er fællesskabet med til at fastholde den enkelte deltagers proces med at forandre livsstil, idet det er gennem anerkendelsen og genkendelsen af egne problemstillinger i fællesskabet, at deltagerne får et incitament til fortsat at arbejde med ændringer i rutiner, trods det, at det til tider erfares som svært, når dagligdags rutiner og familiære relationer stiller sig distraherende i vejen. Det er således i det gensidige moralske engagement på livsstilskurset, at en ny fælles norm om den gode balancerede livsstil konkretiseres og konstitueres.

Sammenfattet argumenterer jeg for et perspektiv på livsstilsforandringer som en kulturel, situeret og kreativ proces og praksis, der indvirker på og er influeret af (deltagernes) vurderinger, værdier og handlinger. Den gennemgående pointe er, at livsstilsforandringer konstitueres materielt, kropsligt, socialt og moralsk gennem kreative forhandlinger mellem de muligheder og begrænsninger, som hverdagens rammer og forpligtelser sætter for deltagernes livsstilsforandringsprojekter. Målet er en balanceret levemåde.

English summary

This dissertation is an anthropological investigation of lifestyle and lifestyle changes among a group of overweight men enrolled in a lifestyle course, which was organized by a municipality in the Greater Copenhagen (Denmark) area. The dissertation examines the tension between embodied transactions and the wish for a healthier way of life, and it challenges both the presumption that changing one's routines is the result of a reflective praxis, and the assumption that bodily routines are difficult to change because they are embedded in unreflective everyday practices and are therefore unintentional. By focusing on the reflections and experiences of the participants in the lifestyle course as well as the micro-practices that become activated and imbued with meaning in both individual and collective processes of change, I show how the participants both reflexively and bodily employ a range of different methods and relations in their attempt to reconcile the ideal of a healthier lifestyle with the desire for a balanced life.

My analysis is inspired by Michel Foucault's approach to subjectification as a process of cultural formation that occurs in the interplay between scientific discourses and institutional practices. As well as I apply a number of other ethnographic and praxis-orientated concepts that focus on human practices as situated, procedural, and relational. In the meeting between my ethnography and studies of subjectification, I discuss the nuances and complexities that are found in practices of lifestyle change and the formation of the self. Through this, I present a picture of the course participants as moral, creative, and meaning-making as they attempt to change their routines in a changeable everyday life. This is a perspective that breaks with traditional understandings of change processes as the result of simple causal relationships, but at the same time, it retains a focus on the nuanced expression of the participants' own interest in making lifestyle changes.

In addition to the Introduction (Chapter 1), the dissertation consists of nine main chapters, which are organized into two sections. Part I contains Chapters 2–5; I begin by introducing the municipal lifestyle course (Chapter 2) and municipal health-promotion programs (Chapter 3), which together represent my empirical field. Next, I present the applied-lifestyle concept (Chapter 4), and review my fieldwork and ethnographic methodology (Chapter 5).

Part II consists of Chapters 6–9; here, I unfold my analysis of the participants' fight with and against their routine practices. In Chapter 6, I show how a variety of different artefacts becomes

meaningful; because the participants use them in a reflexive process of formation, these artefacts help the participants gain control of their 'unhealthy' routines. But they also function as mediators between ideals about a healthier lifestyle and individual experiences and limits. It is the artefacts that *make* healthy choices – they do not require the participants to reflect on their choices, which then make it possible for them to maintain and retain healthier routines in a changeable daily day.

In Chapter 7, I discuss the significance of the body in lifestyle projects; specifically, how bodies become meaningful. In part, it is because bodily experiences have incited the participants' desire to live healthier. But it is also because the body in the lifestyle course is activated as a reflexive body-technique; here, the participants must learn to sense and experience the body in order to control their food intake. And the participants subsequently use this body-technique in their daily negotiations. The emphasis here is that lifestyle changes are also constituted in an ongoing negotiation between objectivity and subjectivity.

In Chapter 8, I discuss the significance of 'communities' for individual lifestyle projects. Specifically, I examine how the participants come together without moral judgments, and how the community created within the course becomes a place for them to exchange experiences; these experiences are exchanged collectively, but tried out individually. In a similar vein, I show how this community facilitates forms of acknowledgement among the participants and the recognition of each other's problems: They provide each other with the incentive to maintain their healthier lifestyles, even though it may be difficult when daily routines and family relationships create a distraction. It is in the mutual moral commitment that a new shared norm for a good, balanced lifestyle is cemented and constituted.

In Chapter 9, I summarize my qualitative insights and argue for a new perspective on the process of lifestyle change as a cultural, situated, and creative practice that influences and is influenced by (the participants') assessments, values, and actions. The dissertation's overarching argument is that lifestyle changes are constituted materially, bodily, socially, and morally via the creative negotiations that exist between certain possibilities and limitations which the participants' everyday lives and obligations determine for their lifestyle-change projects. The goal is a balanced way of life.